Vol. 238. Agosto 1876

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1876.

RIVISTA CHIRURGICA

dei dottori F. PARONA ed E. TIRINNANZI

Considerazioni sulla frattura del cubito al terzo superiore dei dottori Després e Monod. (*Le Progrès Méd.*, 8 giugno 1876).

In nessuna delle opere classiche si trova fatta menzione speciale della frattura dell'estremità superiore del cubito. Essa tuttavia presenta sotto il doppio punto di vista del pronostico (e del trattamento, delle particolarità, sulle quali Després ha attirata l'attenzione de' suoi allievi

nell'occasione dell'ingresso all'Ospedale Cochin d' una ammalata di tal genere.

L'ammalata, donna di 48 anni, aveva fatto una caduta sul cubito, scivolando giù da una scala. Al suo entrare all'Ospedale si ravvisò poca deformità; la parte superiore dell' avambraccio era la sede d' una tumefazione, talmente limitata però, che a prima vista si potè credere ad una lussazione del cubito. Ma l'esplorazione della regione mostrò che i rapporti tra l'epitroclea, l'olecrono e l' epicondilo non erano mutati. I movimenti di flessione e d'estensione erano possibili e poco dolorosi; non vi erano movimenti di lateralità; in breve, non vi era lesione articolare. Scorrendo le dita dal basso in alto, sul bordo posteriore del cubito, si arrivava sopra un rialzo, una specie d'*encoche* obbliquo, corrispondente ad un tratto di frattura. Si trattava quindi di una frattura per causa diretta del terzo superiore del cubito. Avviene frequentemente che questa frattura è seguita da impotenza nell'articolazione del cubito prodotta essa pure da una lussazione consecutiva dell'estremità superiore del radio. Tale lussazione è per così dire fatale. In simili casi infatti il frammento superiore stirato dai muscoli, e particolarmente dall'anconeo, tende a portarsi in fuori, mentre il frammento inferiore è obbligato in basso dal peso del membro; vi ha quindi accavallamento dei due frammenti, o deviazione angolare a sommità rivolta in fuori, perciò raccorciamento del cubito. Il radio diviene troppo lungo pel suo osso congenere e quindi deve necessariamente seguire questo spostamento. Ora, siccome da una parte il corpo dell' osso rappresenta un asta rigida, e d'altra parte l' articolazione radio carpica offre una grande solidità, il legamento annulare, che rappresenta il punto più debole, si rilascia; il che dà luogo ad una sublussazione od anche ad una lussazione completa della testa del radio. Questa lussazione si fa generalmente in fuori ed un poco all'avanti. Sui primordi essa passa inosservata; poscia si manifesta per un inciampo nei movimenti di pronazione e supinazione; più tardi, allorchè la testa del radio si è completamente lussata in fuori, la flessione trovasi a sua volta compromessa. Osservasi che questo spostamento della parte superiore del radio è ancora favorito dalla presenza del callo deforme per accavalamento delle ossa.

Le indicazioni terapeutiche emergono dalle considerazioni, che precedono. Se la frattura del cubito è situata vicino al terzo medio dell'osso, un apparecchio inamovibile convenientemente stretto può bastare ad impedire la deformità indicata. Ciò però non basta quando la frattura è assai vicina all'olecrono. Egli è assai difficile in tale caso di contenere i frammenti. Si potrà con vantaggio adoperare una docciatura di guttaperca modellata esattamente sulle salienze ossee. Ma la prima indicazione si è di porre l'avambraccio nella *flessione forzata sul braccio*, la mano essendo tenuta applicata contro la spalla del lato ammalato. In questa posizione il frammento superiore è tirato indietro dal tendine del tricipite ed il radio intatto fa da ferula.

Il membro sarà tenuto immobile per 20 o 25 giorni. Secondo l'eccellente precetto enunciato da Giraldes per il trattamento di tutte le fratture del cubito, l'immobilità però non deve essere assoluta. Perciò, ogni due o tre giorni, si avrà cura d'imprimere all'avambraccio dei leggeri movimenti. Questo trattamento adottato da Després nell'ammalato che fu il soggetto di quest'osservazione, è stato seguito da un risultato soddisfacentissimo. L'avambraccio fu tenuto in una flessione forzata per 23 giorni, dopo il qual tempo si constatò, che la consolidazione era fatta; nè più si riscontrava l'*encoche* sul bordo posteriore del cubito; inoltre non vi era traccia di lussazione del radio, soltanto restava un certo grado di rigidezza articolare.

Després dice di aver osservati tre casi di tal genere, i quali non furono curati colla flessione forzata; in tutti si constatò la lussazione del radio. Ora riassumendo diremo: che la frattura del cubito al terzo superiore presenta un pronostico speciale, poichè si deve sempre temere come conseguenza di essa un certo grado d'impotenza dell'articolazione del cubito. Questa complicazione, della quale si disse il meccanismo, potrà essere prevenuta mediante un trattamento appropriato; ma, oltrecchè non sempre i malati possono sopportare la flessione forzata dell'avambraccio, bisogna aver presente che ad onta d'ogni precauzione presa, non si è sempre sicuri di impedire che si produca la sublussazione del radio.

Un caso esaminato dal relatore due anni or sono unitamente al dottore Galli di Vespolate, confermerebbe pienamente quanto dice Després.

Della cura del foruncolo e carbonchio; per P. Cade. (*The Brit. med. journ.* 1 luglio).

Di questo argomento, Cade ha già fatto cenno nel 1869 e 1874, ma vi ritorna sopra perchè vede essere il trattamento da lui proposto non generalizzato quanto meriterebbe. Il metodo curativo dell'Autore consiste nell'applicare l'acido fenico sul furoncolo o sulla pustola carbonchiosa. Quando questo acido sia convenientemente e in sufficienza applicato, Cade lo crede un mezzo infallibile ad arrestare lo sviluppo di questi tumori, ed a farli abortire sui primordi; anzi egli crede di poter asserire che un tumore carbonchioso anche molto esteso ed avanzato possa essere distrutto colle abbondanti applicazioni dell'acido fenico nel centro ed in altre parti. Quest'acido agirebbe come parassicida, ritenendo il dott. Cade, col Startin ed altri, che la malattia dipenda da vegetazioni crittogamiche. Secondo la sua esperienza Cade crede che perchè l'acido agisca convenientemente si debba:

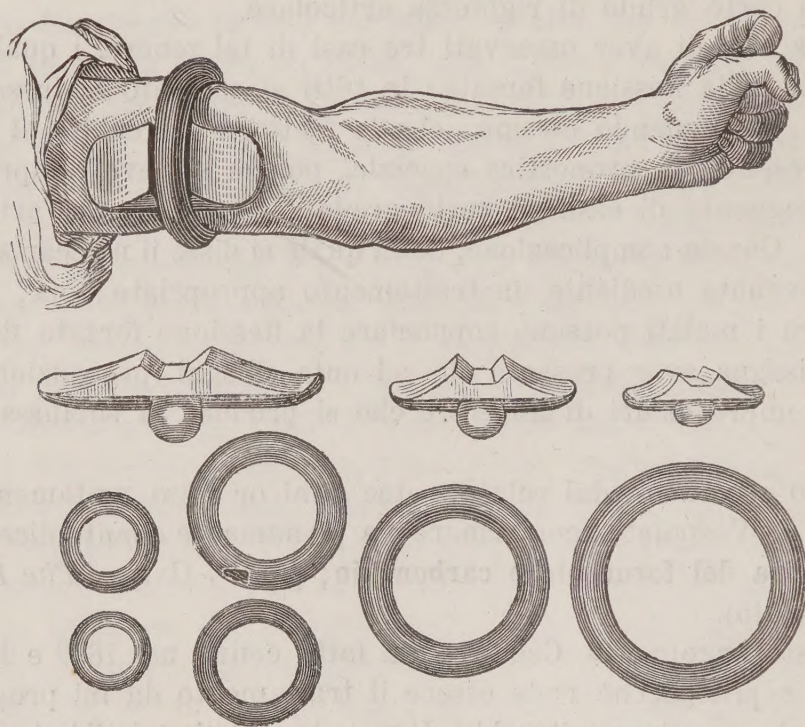
1.° Applicare in forti soluzioni (quattro o cinque parti di acido ed uno di glicerina è la dose che consiglia).

2.° Che sia posto in contatto del tessuto ammalato perchè sembra abbia nessun effetto, quando la pelle è illesa. Per ottener questo si apre la pelle nella parte centrale della parte ammalata con qualche altro acido e preferibilmente col nitrato acido di mercurio.

3.° Che la soluzione acida sia all'uopo riapplicata nell' esulcerazione centrale, ovvero che si tenga costantemente coperta con un pezzo di tela bagnata con una soluzione più debole dello stesso acido.

Perfezionamento nell'apparecchio di Esmarck ; di M. H. L. Browne. (*Lancet*, giugno 1876).

Molti chirurghi, i quali praticarono delle operazioni col premettere l' anemia della parte, avranno certamente rilevato, che l' apparecchio d'Esmarck presenta la difficoltà di poter fissare i capi della fascia, tanto nei primi giri come quando l'arto è fasciato, e di essere necessario o un tor-

nichetto od altra fasciatura per controllare l'arteria principale. M. H. L. Browne, chirurgo all'ospedale West Bromvich, ha proposto un apparecchio tendente ad evitare cotesti inconvenienti. Esso consiste in un tappo di legno, ed in anelli di gomma elastica di differente volume e spessore. Scelto un conveniente anello, esso è rotolato lungo l' arto e sopra un tappo collocato sull'arteria principale. Il sangue viene con ciò espulso interamente dall'arto e spinto in alto quanto si desidera. Attorno al carpo, alla cavicchia ed alle dita dei piedi e delle mani la sola pressione dell'anello basta. Quest'apparecchio può essere adoperato come un ordinario tornichetto, tenendo l'anello stirato invece di arrotolarlo lungo il membro. Degli anelli ve ne hanno sei gradazioni e tre dei tappi. Essi si ponno provvedere dal sig. Salt e figlio a Birmingham. Il tappo, come è rappresentato nella figura, è proporzionatamente troppo grosso, ed il più piccolo dei tre, è generalmente sufficiente per l'arteria brachiale, il più grosso invece può essere utile in certi casi di soverchia adiposità.

Delle nevralgie dei monconi; per Trelat e Cartaz. (*Progrès medical*, aprile 1876, e *Revue des scienc. med.*).

In questo lavoro si trova la storia interessantissima d'un malato, che subì delle operazioni ripetute e svariate a motivo di una nevralgia di tal natura.

Il caso si verificò in un individuo dell'età di 31 anni, robusto, ben formato. Costui, nel 1869, subì all'Ospedale di Diyon l'amputazione della gamba per un traumatismo. Pochi giorni dopo la sua entrata all'Ospedale comparve un ulcero indurato contratto prima dell'accidente, evoluzione regolare della sifilide. Al 28° giorno, dopo l'amputazione e quando la ferita era in parte cicatrizzata, il malato mise un passo in fallo e, senza che il moncone riportasse urto di sorta, comparve immediatamente una nevralgia nella località che rapidamente acquistò un'intensità spaventosa. Si intraprese la cura antisifilitica, la quale ripetuta a differenti intervalli, non influì per nulla sul decorso della nevralgia. Si praticò l'estirpazione della cicatrice, poi, nel 1870, si fece la sezione dei tendini flessori della coscia; più tardi si esportò di nuovo la cicatrice e poscia si resecò parte del perone. Tutte queste operazioni furono l'una dopo l'altra eseguite nell'intendimento di combattere un focolajo doloroso speciale. Durante questo tempo si impiegarono ripetutamente ed infruttuosamente l'ago puntura, l'elettropuntura, i narcotici ecc. Nel 1874 si decise di praticare la nevrotomia ed a tal fine si esportarono 3 centimetri del gran nervo ischiatico tra il terzo medio ed inferiore della coscia. La nevralgia recidiva dopo poco tempo; si fa la resezione di tre centimetri anche del nervo safeno, ma la nevralgia persiste.

In allora il paziente si recò a Parigi sotto la cura di Trelat e questi prima di tentare un operazione più radicale provò le correnti continue, che per qualche tempo diedero i più lusinghieri risultati; tuttavia due o tre mesi dopo la nevralgia riapparve, sebbene meno intensa. Si fece allora l'applicazione d'un largo vescicante sull'estremità del moncone e, dopo 4 mesi, i dolori non erano ancora ricomparsi.

Secondo Trelat e Cartaz, in questi casi non si tratta della presenza di nevromi compressi dall'apparecchio, perciocchè le nevralgie sono più frequenti nelle amputazioni del membro superiore. Secondo tali Autori, nel caso surriferito si trattava di una nevrite propagatasi lungo i filetti nervosi terminali periferici senza diffusione ai centri nervosi midollari (*Vedi Rivista*, pag. 118, anno 1876).

Due cause s'adducono a spiegare il fenomeno: l'efficacia, in molti casi, d'un trattamento tutto locale, e la guarigione spontanea di queste nevralgie dopo un lasso di tempo più o meno lungo.

Diagnostico delle ulcerazioni della lingua; di M. S. Duplay. (*Le Progrès med.* marzo 1876).

In una lettura clinica su cotesto tema Duplay dice: che le ulcerazioni più di sovente riscontrate alla lingua sono le semplici o callose, le cancerose, le sifilitiche, e le tubercolari.

L'ulcero semplice della lingua risiede ordinariamente, non alla punta dell'organo, ma su suoi bordi. Ne è cagione l'irritazione prodotta dai frammenti dei denti e il più di sovente appare quale una screpolatura su di una superficie leggermente tumefatta.

L'ulcera cancerosa epiteliare, che è la sola forma cancerosa che si osserva in questa parte, si manifesta in un punto unico, tanto nell'età adulta che nell'età più inoltrata. I bordi sono spessi, più o meno scollati ed arrovesciati, sempre induriti, perchè sono la sede d'una proliferazione epiteliare, che occupa la mucosa ed il tessuto sotto-mucoso. Ha un fondo coperto da granulazioni fungose e facilmente sanguinanti ed un decorso piuttosto rapido.

Nelle ulcerazioni sifilitiche, le placche mucose ulcerate non interessano gli elementi del derma; le gomme ulcerate sono precedute da una tumefazione; hanno bordi indurati e assai scodellati; il che indica l'eliminazione di prodotti precedentemente accumulatisi.

Le sifilidi ulcerose della lingua cominciano con una specie di tubercolo piatto, saliente sotto la mucosa, la di cui distruzione non interessa che gli elementi del derma, formando una specie di esulcerazione pressochè indolente, serpiginosa, con bordi spessi e tagliati a picco ed il fondo depresso e duro. Di rado queste ulcerazioni sono uniche, e la lingua sifilitica presenta delle fessure caratteristiche, le quali la dividono, per così dire, in lobi e lobeoli.

L'ulcera tubercolare, che fu per la prima volta segnalata da Ricord sotto il nome di tisi boccale e descritta poi da Julliard e Nelaton, è rara, e si conosce per avere bordi insensibilmente depressi, fondo punteggiato in rosso privo di granulazioni fungose e sanguinolenti. Essa non ha nè indurimento, nè scolamento di bordi ed è leggermente dolorosa. Si vedono in tali casi disseminati dei punti giallastri sotto l'epitelio linguale, i quali sono punti di partenza delle esulcerazioni.

Lezione clinica sugli ascessi cronici della parete toracica; di Duplay. (*Le Progrès med.*, luglio 1876).

Duplay, sotto il punto di vista anatomico, distingue tre varietà di ascessi cronici, cioè: gli ascessi freddi, gli ascessi freddi periostei e gli ascessi ossifluenti.

Gli ascessi freddi si riscontrano frequentemente nella regione ascellare, ed il loro sviluppo si spiega per la presenza dei gangli linfatici. Essi si osservano pure nelle altre parti, ma raramente, ed in tal caso la loro provenienza è oscura. Questi ascessi occupano il tessuto cellulare sottocutaneo soltanto.

Gli ascessi freddi periostei hanno rapporti diretti col periostio, ma lo scheletro resta sano, almeno nei primordii del male. Gli ascessi periostei si sviluppano in giro alle coste e sulle faccie dello sterno; ma il periostio è solo interessato nella sua superficie esterna. Ponno svilupparsi all'infuori ed all'indentro delle coste od occupare ambedue le superfici, formando due sacche tra loro comunicanti.

Duplay trova esagerata l'opinione di coloro, i quali vollero far derivare tali ascessi dallo sfregamento di corregge od altro. Combatte l'opinione di Méniere, che cerca di spiegare la frequenza e lo sviluppo di tali ascessi dall'irritazione, che producono gli impeti di tosse. Approva la teoria del Leplat in quanto spiega lo sviluppo degli ascessi periostei dall'esistenza anteriore d'una pleurite, quando l'ascesso si manifesta nel corso della malattia polmonare, ma la trova diffettosa quando fa intervenire l'esistenza anteriore d'una pleurite per spiegare degli ascessi freddi sopracostali discosti dalla pleura e dall'epoca della causa, che vi si assegna. Chone ritiene invece che tali ascessi dipendono da *una forma particolare di periostite*, non sufficientemente studiata nè descritta. Questa periostite superficiale od esterna lascia intatta l'aderenza del periostio all'osso, che è per nulla interessato nel primo periodo del male. Le cause di questi ascessi sono oscure, ma sembra certo, che esse siano d'ordine generale.

La terza varietà di ascessi cronici toracici, indicata dal Duplay, comprende gli ascessi ossifluenti. Una profonda lesione dell'osso ne è l'origine comune. Talvolta il pus si raccoglie attorno al punto osseo ammalato (cioè preso da osteite, da tubercolizzazione, da necrosi, da carie); tal'altro si allontana dal focolajo di sua produzione (carie vertebrale).

La sintomatologia in questi differenti ascessi ha molti punti di rassomiglianza, il diagnostico differenziale si basa sulla riducibilità od irriducibilità sotto i colpi di tosse ed alla pressione e sulla specillazione una volta aperti. Il pronostico, alle date indicazioni, è facile a stabilirsi. La cura deve in ogni caso rivolgersi dapprima allo stato generale. Il trattamento locale non è lo stesso in tutti i casi. L'ascesso freddo del tessuto cellulare reclama la puntura o l'apertura larga, il drenaggio e le injezioni di tintura di jodio; questo è il miglior trattamento contro gli ascessi periostei sopra o sotto costali, potendosi con esso arrestare il male e prevenire l'erosione dell'osso; invece poi diviene insufficiente nei casi, in cui l'affezione ossea sia primitiva; allora l'intervento chirurgico diviene sovente necessario.

Varietà di frattura dell'estremità superiore della tibia; di Duplay. (*Progrès Med.*, aprile 1876).

Questa specialità Duplay riscontrolla in un uomo, d'anni 60, ricoverato all'Ospedale di Saint-Louis poco dopo che un macigno gli era caduto sulla gamba destra.

All'indomani il membro inferiore dal piede fino al terzo inferiore della coscia presentava un gonfiore ed una tensione considerevole degli integumenti, sotto i quali si riscontrava una infiltrazione sanguigna rilevantissima. Anche nell'articolazione del ginocchio vi era spandimento. Immediatamente al disotto della rotula vi era una depressione, (*en coup de hache*), analoga a quella della lussazione della gamba all'indietro. Erano possibili movimenti di lateralità assai estesi, e si poteva sollevare dal letto la gamba molto di più di quello che avviene naturalmente,

senza impartire alcun movimento al ginocchio od alla coscia. Mercè del cloroformio si potè con facilità constatare, che si trattava di una frattura limitata al capo articolare tibiale comunicante probabilmente coll'articolazione. Alla parte antero-esterna, al davanti della testa del perone, si constatò la mobilità e crepitazione d'un pezzetto d'osso completamente distaccato. Lo spostamento angolare era all'estremità superiore della tibia in semiflessione sui condili femorali, mentre che la gamba era nell'estensione. Il paziente morì in tredicesima giornata per gangrena diffusa fino alla coscia.

All'autopsia si trovò una pneumonia estesa ed una meningite diggià antica della convessità degli emisferi. Vasto flemmone gangrenoso della gamba con spandimento sanguigno dovuto alla rottura della vena poplitea e ad una rottura incompleta delle vene tibiali anteriori. L'arteria poplitea obliterata per la tratta di 5 centimetri, probabilmente per compressione d'un frammento e rottura della tunica interna.

Il capo articolare della tibia era fratturato in quattro frammenti; al medio stavano attaccati i legamenti crociati; esso cominciava immediatamente all'indietro della tuberosità anteriore ed al davanti dell' inserzione del ligamento crociato anteriore, per terminare all' indietro a 4 centim. al di sotto della superficie articolare. Il frammento interno comprende la metà interna della cavità glenoidea interna e del condilo, che vi corrisponde. I due frammenti esterni comprendono ugualmente la più gran parte del condilo esterno e la corrispondente cavità glenoidea, che si trova divisa in tre parti.

Duplay fa osservare, come cotesta varietà di frattura della tibia sia rara, non trovandosene fatta menzione, nè nel trattato di Malgaigne, nè in lavori speciali sull'argomento. (Thes. d. Dorochas, Paris 1867). L'Autore pensa, che tale frattura possa spiegarsi pel meccanismo dell'estensione forzata.

Sulla patologia e sul trattamento operativo nella coxalgia; per T. Annandale. (*Edimburg. Med. Journal*, febbraio 1876).

Da questo lavoro si deducono le norme seguenti:

1° Sebbene la coxalgia possa aver punto d' origine dalla sinoviale, essa è frequentissimamente un' osteite primitiva della testa del femore;

2° Egli è utile assicurarsi di buon'ora ed in modo certo dello stato delle parti ammalate e, sotto cotesto rapporto, appena dei segni di suppurazione sembrano manifestarsi od anche quando sia cosa dubbiosa, è utile il praticare un'incisione esploratrice antisettica, la quale, mentre non può avere inconvenienti, offre dei grandi vantaggi;

3° L'escisione della testa del femore praticata di buon'ora in casi di malattia di quest'osso, è il trattamento il più conveniente per arrestare il progresso della coxalgia. Essa permette la guarigione completa degli ammalati e l'uso delle loro membra;

4° Se si trova intatta la superficie articolare, si deve favorire la li-

bera uscita del pus e della sierosità purulenta dell'anca, immobilizzando contemporaneamente l'articolazione in modo completo;

5° Se la cartilagine d'incrostazione della testa del femore è distrutta e la malattia si limita a questa porzione d'osso, la resezione deve essere fatta segando a livello del collo del femore;

6° Se la malattia si estende oltre la testa del femore, si deve resecare tutta la porzione ammalata, compreso il collo del femore ed il gran trocantere; inoltre bisogna raschiare la cavità cotiloidea e non lasciare porzione d'osso iliaco cariato.

In tutte le operazioni praticate sull'anca o sulle altre articolazioni il trattamento antisettico deve essere impiegato diligentemente e continuato fino all'epoca, in cui la cicatrizzazione sia completa.

Rottura di un callo in caso di frattura malamente consolidatasi; del dott. J. Spence. (*Edimburg. Med. Journal*, marzo 1876).

Un giovane, dell'età d'anni 24, ebbe, 21 mesi prima, la coscia fratturata per caduta da un albero e rimase, per così dire, senza trattamento. La frattura si consolidò viziosamente con accorciamento di quattro pollici ed una deformità angolare pronunciatissima al disopra del ginocchio, per modo che il camminare era pressochè impossibile ed i muscoli della regione esterna ed anteriore della gamba si trovavano paralizzati per la compressione delle ossa sulle parti molli.

Si provò successivamente l'estensione continua, la compressione, la sezione del tendine d'Achille, la galvanizzazione dei muscoli paralizzati senza ottenere alcun risultato. Finalmente fu decisa l'osteoclastia, che fu praticata coll'istromento del dott. Bulcher. La frattura si produsse a livello del callo ed il membro fu sottoposto immediatamente dopo alla estensione continua. Nessun inconveniente avvenne fino a tre mesi dopo, l'ammalato si alzò colla gamba completamente raddrizzata, ma conservando una paralisi dei peronei e degli estensori del piede.

Del callo tardivo e delle pseudartrosi; Lezione clinica di Trelat. (*Le Progres med.* giugno 1876).

In questi ultimi tempi si è mosso il dubbio, specialmente da qualche chirurgo inglese, che l'estensione continua potesse influire sfavorevolmente sulla consolidazione di una frattura; ma Trelat in una sua lezione dimostra evidentemente l'opposto; perciò noi ne riportiamo la storia affinchè nei chirurghi non scemi la fiducia in questo prezioso espediente curativo.

Trattasi di un uomo, che esercitava il mestiere dell'imballatore, sempre di buona salute e dai cui antecedenti non si rileva che soffrisse di affezioni acute e passaggere. Non sifilitico e scevro da traccie d'alcuna diatesi o d'alcoolismo. All'età di 4 anni gli si fratturò la coscia alla diafisi, ma la consolidazione fu perfetta.

Ai 17 di giugno, lo stesso individuo ricevette sulla coscia destra un colpo diretto, che gli fratturò il femore tra il suo terzo superiore e medio; perciò fu portato all'Ospedale.

In quarta giornata gli si applicò una ferula di Boyer per determi-

nare l'estenzione e la coaptazione dei due frammenti, e fu lasciata in posto 42 giorni. Poscia fu sostituita da un apparecchio inamovibile, il quale però non immobilizzava il bacino. Tale apparecchio non fu tolto che dopo 40 giorni. Non essendosi ancora la frattura consolidata, si rimetteva l'apparecchio, ma, quantunque rimanesse applicato un mese, la frattura non si consolidò.

Il curante eccitò il lavoro di consolidazione passando un tubo da drenaggio nel campo della frattura. Dopo 15 giorni il drenaggio fu levato e l'arto fu posto nell'apparecchio di Bonnet, dove rimase 4 mesi, dopo i quali la frattura non era ancora consolidata e la mobilità anormale esisteva pressochè quasi come al primo giorno.

Stanco il paziente di tante cure infruttuose lasciò l'ospedale e stette senza alcun apparecchio per due mesi, dopo i quali, cioè al 13 aprile 1875, entrò alla *Charité*. Allora il piede era in estenzione forzata colla gamba edematosa; l'articolazione del ginocchio destro era gonfia, dolorosa ed irrigidita. La coscia aveva un'attitudine caratteristica, presentando il femore sul lato esterno una forma angolare in guisa da dare la figura della cifra numerica 7.

Questa deformità, eccessivamente pronunciata, dipendeva dalla contrazione dei muscoli abduttori, che stiravano in fuori ed in alto il frammento superiore; mentre il frammento inferiore cadeva lassamente ed aveva tendenza ad essere tirato all' interno dagli adduttori. Questa deformità era tale, che il piede destro trovavasi portato pressochè a livello del ginocchio sinistro.

Dopo aver stabilita la natura del male, Prelat, risovvenendosi di casi di questo genere guariti coll'estenzione continua, si decise d'applicare questo metodo, dopo d'avere ridotta la coscia alla sua forma naturale, nella speranza d'ottenere in tal modo la coaptazione dei monconi, far diminuire la tumefazione ed ottenere infine la consolidazione.

Cloroformizzato l' ammalato, praticò l' estenzione forzata manuale e con essa arrivò ad ottenere un raddrizzamento ed un allungamento pressochè completo. In tale manualità si ruppero delle fimbrie legamentose, avendosi avuto la sensazione di lacerazione e di piccoli scrosci.

Per ottenere l'estenzione continua, Trelat prese delle liste di cerotto larghe un dito trasverso; le applicò alla gamba dal ginocchio in giù, girandole sotto il piede per farle rimontare dalla parte opposta fino al punto corrispondente di partenza; fissò tali liste con fasciatura circolare alla staffa fatta dalle liste di cerotto. A questa staffa era fissata una corda alla estremità opposta della quale, dopo aver girato su una puleggia, stava fisso un peso. Così disposte le cose, il peso d'estensione fu rapidamente portato da 4 a 6 chilogrammi.

All'indomani dell'applicazione di tale apparecchio si ebbe già per risultato la scomparsa del dolore al ginocchio. L'apparecchio fu rinnovato al 25 maggio, poi una seconda volta al 25 giugno, indi fu definitivamente levato al 10 settembre. In allora Delens, che suppliva Trelat, trovando

la frattura ben avviata alla consolidazione crede inutile d'insistere coll'estensione; per cui questa fu continuata in modo non interrotto per 4 mesi e mezzo e lo scopo si raggiunse completamente, essendosi la frattura consolidata.

Piede piatto valgo doloroso, impotenza funzionale del lungo peroneo laterale di Duchenne. Fisiologia, patologia, diagnostico, trattamento. Lez. clin. di DUPLAY. (*Le Progress. Med.,* luglio 1876).

In tale lezione si intese convalidare la teoria del Duchenne e di dimostrare erronea, nella maggioranza dei casi, quella di Gosselin. Ritenendo quindi il Duplay la dottrina dell'impotenza muscolare del peroneo laterale la più giusta, crede che ogni mezzo capace d'aumentare l'energia e la forza di contrazione del muscolo indebolito sia il trattamento più razionale.

L'elettrizzazione localizzata, dice Duplay, costituisce il mezzo curativo, per così dire, specifico. Se vi esistono delle contratture secondarie, il riposo le farà scomparire. Con tale mezzo Duplay ebbe numerosi successi, fa notare però, che l'affezione si mostrò in qualche caso ribelle, perchè senza dubbio era troppo invecchiata e complicata da retrazioni avanzate. In questi casi potrebbe essere indicata la sezione sottocutanea dei tendini contratti, ma questa indicazione non ha mai luogo nei casi benigni.

PARONA.

Sopra di un nuovo metodo di stafilorrafia; di SCHÖNBORN. (*Langenbeck's Archiv*, 19.° tomo).

Questo nuovo metodo di stafilorrafia l'Autore lo pronostica utile nelle profonde divisioni del palato, che vengono chiamate di solito *gola lupina*. Ecco come descrive il processo operativo: la paziente era certa Emma K., di 17 anni, che aveva una fessura congenita di tutto il palato molle e del duro fino in corrispondenza del foro palatino anteriore; le due metà del palato molle erano molto manchevoli e la malata parlava così male, che era quasi affatto impossibile intenderla. Narcotizzata profondamente e tamponata la trachea secondo le regole date da Trendelenburg, si cruenta rapidamente col coltello di Langenbeck i margini della fessura dall'indietro all'avanti, e poi con un bistorì piegato ad angolo retto e col tagliente di soli due centimetri, dall'alto e dall'indietro venendo avanti si distacca la mucosa della parete delle fauci per la lunghezza di circa 5 centimetri e la larghezza di 2, interessando anche la sottoposta muscolatura; il distacco del labbro in principio è difficile, al che si può ajutarsi col mezzo di pinzette, disseccando a poco a poco dall'alto al basso, ed avendo l'avvertenza di tenere il tagliente del coltello sempre a ridosso della musculatura, e così pure quando si arriva al palato duro nella stessa maniera si distacca la mucosa col periostio; ottenuto così possibilmente un lembo triangolare, senza alcun stiramento si avvicina a quello del lato opposto e si uniscono con punti di sutura; nel caso concreto l'Autore applicò 5 punti di cucitura nel palato molle, e 3 nel duro.

Appena tolta la narcosi si constatò che la loquela era molto più chiara ed intelligibile, dopo 24 ore si cambiò la cannula di Trendelenburg con una d'argento, la deglutizione era molto difficile il primo giorno, ma non si manifestarono accidenti serj; al quinto giorno si levarono tutti i punti; ma la coattazione non si potè ottenere intiera, in ispecie fallì per circa 3 centimetri sul palato duro, e per 1 centimetro all'ugola, e la maggiore ampiezza della fessura misurava 1 1[2 centimetri; il 14 gennajo 1875, si rinnovò l'operazione esattamente come la prima volta, sulle parti che non aderirono, e la guarigione avvenne perfetta; la loquela migliorò, ma non ritornò normale, essendole rimasto il suono nasale; i disturbi della respirazione e deglutizione sparirono affatto.

Raccontato così il caso, Schönborn aggiunge, che se gli occorresse altra volta un caso simile di fessura congenita, modificherebbe l'atto operativo in questo senso, di dividerlo in due tempi, dapprima coi labbri faringei ottenere la chiusura del palato molle ed in seguito in una seconda seduta praticare la urano-plastica, sempre però premettendo il tamponamento della trachea e la tracheotomia secondo dice Trendelenburg.

Cura della spondilite dorsale e lombare colla estensione e la controestensione; del dott. Reyer. (*Langenbeck Archiv*, 19.° tomo).

Premesse alcune considerazioni sulla cura fatta colla distrazione delle articolazioni degli arti infiammati, l'Autore dice, che riguardo alla colonna vertebrale non si poteva applicare, perchè mancavano i modi di ottenerla; biasima poi il metodo della pressione e contropressione cogli empiastri adesivi, perchè disturba la circolazione della parte, favorisce la carie delle ossa, e quindi la deformità, ecc. Anche Volkmann pratica la cura distrattiva nella cotilite e gonilite, sospendendo in modo il paziente che il peso del corpo formi la contro-estensione, e dei sacchi di sabbia attaccati con cerotti all'arto facciano la estensione. Appoggiato a queste considerazioni, l'Autore immaginò il proprio apparecchio per la colonna vertebrale: essa consiste in una cinghia di pelle forte, larga 20 centimetri ed anche più, che si può annodare alle spranghe del letto, che debbono essere più alte del livello del malato, e nello stesso tempo per mezzo di ale di tela fortemente attaccate all'interno di essa si fissa sul tronco del paziente, precisamente in corrispondenza, dove esiste l'affezione spinale, in maniera che il corpo del malato resti sospeso ed attaccato al letto, e il peso di quella parte, che sta superiormente ed inferiormente alla cinghia servono ad estendere ed a fissare la colonna vertebrale. In questo modo semplice Reyher dice di potere utilizzare: 1.° un braccio di leva naturale, cioè la colonna spinale stessa, e 2.° un peso naturale, vale a dire quello del corpo intiero.

Così collocato il paziente la distrazione è permanente, ed il paziente deve tenerlo giorno e notte, e dice che per nulla affatto è un sistema barbaro, anzi alcune volte solo dopo 18 ore della sua applicazione si calmano i dolori, cessa il gridare e lamentarsi dei fanciulli, così che temono di essere rimossi dalla loro posizione.

Pertanto la prima utilità dell'apparecchio è la *calmante;* la seconda, molto più essenziale ed elegante è l'*ortopedica*, perchè talune volte in soli otto giorni si ottiene la correzione della deformità.

A meglio assicurare poi la cinghia negli individui irrequieti si possono aggiungere dei tiranti e sottocoscie, come allo scopo di prevenire delle piaghe da compressione si può imbottire con cotone, ecc.

Tre casi di aneurisma guariti colla compressione; del dott. Pilz. (*Centr. f. Clin.* N. 5, 1876).

1.° Un uomo di 38 anni osservò che da sei settimane si formava alla coscia sinistra, al di sopra del così detto canale di Hunter, un piccolo rigonfiamento pulsante lungo il corso della femorale, senza causa conosciuta; portatosi all'Ospedale si praticò la compressione digitale per 24 ore senza alcun giovamento. Allora lo si immobilizzò in modo da ottenere la quiete assoluta per otto giorni, trascorsi i quali si rinnovò la compressione digitale per 12 ore: la guarigione fu completa.

2.° Questo caso è dato da un uomo di 49 anni, al quale improvvisamente si manifestò un aneurisma popliteo, con pulsazione palese e rumore sistolico: siccome questo paziente non sopportò la flessione forzata della gamba sulla coscia, così si passò alla compressione digitale sostenuta per 15 ore, dopo però di averlo addormentato con dose generosa di morfina; l'aneurisma scomparve, ed una osservazione di 3 settimane confermò il felice risultato.

3.° Rancart pure curò un aneurisma popliteo da prima con una compressione digitale che durò 60 ore, il tumore si ridusse di molto, ma rimase pulsante: dopo nove giorni si rinnovò la compressione, ma sei ore dopo ricomparve la pulsazione; terza compressione per 30 ore, che produsse la definitiva guarigione.

Aneurisma femorale guarito colla compressione diretta; del dottor Brown e Heach. (*Cent. f. Chir.* N. 5).

Un uomo dell'età di 38 anni si accorse di un tumore pulsante nell'inguine destro e precisamente in corrispondenza del legamento del Poparzio. Dopo alcuni giorni di assoluto riposo e di dieta debilitante si praticò la compressione diretta con pesi di 10, 15 e perfino 20 libbre, alternando coll'applicazione di vesciche di ghiaccio, e così si continuò per circa 8 mesi; in questo frattempo si manifestò un tumoretto pulsante al dorso del piede in corrispondenza della base del 1.° metatarso, che scomparve presto colla compressione locale, dopo di che si fece sull'arto una fasciatura espulsiva molto sostenuta con fascie e calze elastiche, così che il tumore aneurismatico all'inguine divenne più piccolo, più duro e meno pulsante. In questo tempo Brown non volle più tener il malato a letto, ma lo fece alzare e camminare tanto da attendere ai suoi affari, dopo però di averlo provvisto di un robusto cuscinetto tenuto in posto da cinghie adattate giorno e notte, finchè non comparissero piaghe occasionate dall'apparecchio: nel dicembre 1868 insorsero acuti dolori nevralgici, e solo nel maggio 1869 si potè togliere l'apparecchio, es-

sendo del tutto guarito l'aneurisma: in complesso la cura durò sei anni.

In seguito questo paziente assalito da peritonite acuta se ne morì, e Brown potè eseguirne l'autopsia; l'arto era nutrito da una diramazione della iliaca interna, l'aneurisma, di figura fusiforme, interessava la femorale comune e superficiale sotto il legamento del poparzio, era lungo 2 1/2 C. ed intieramente riempiuto di solidi coaguli, che però con facilità si potevano distaccare dalle pareti, la vena femorale era obliterata; la iliaca esterna era appena injettata, la iliaca interna e le sue diramazioni erano dilatate da tre a quattro volte il normale, ed in ispecie la glutea, ischiatica, ipogastrica, sacrale laterale e circonflessa dell'ileo.

Sulla suppurazione della borsa mucosa gluteo-trocanterica e suo trattamento; del dott. VANSELOW. (*Central. f. Chir.* N. 8).

Qnesta borsa mucosa giace tra la superficie esterna del trocantere, e quella porzione del tendine del grande gluteo, che si attacca al fascio lato; essa è lunga da 4-6 centimetri, e larga da 2-4, ed ha tre punti superficiali, dove si può raggiungere, alla metà del margine interno, ed in alto e in basso dall' esterno. In seguito a possibili infiammazioni si forma un ascesso al lato interno del gran trocantere, mentre l' arto è tenuto nella abduzione e supinazione, così che può essere scambiato con una cotilite; ma un esame attento mostrerà la fluttuazione, e così ogni causa di errore potrà essere tolta. Chassaignac e Hunter perdettero due ammalati per questa affezione, che non richiede per trattamento se non un'ampia spaccatura e nella suppurazione profusa il drenaggio.

Innesto della cute di coniglio sulla congiuntiva dell' occhio umano; del dott. COHN. (*Centr. f. Chir.*).

Un fanciullo di cinque anni era affetto da un tumore congenito, melanotico, che lentamente cresceva, collocato tra il bordo interno della cornea e la piega semilunare; fatta la estirpazione del tumore, rimase una mancanza considerevole di sostanza, che non si poteva ricoprire coll'autoplastica: allora si distaccò un lembo di congiuntiva di coniglio della lunghezza di 12, e della larghezza di 10 millimetri, e la si innestò sulla soluzione di continuità, assicurandola con 10 punti di sutura nodosa sottilissimi.

Fino al nono giorno la cute innestata conservò un colore bianco di neve, e dopo questo tempo incominciossi a scorgere qualche vaso di nuova formazione: però essa è ancora più pallida dei tessuti circostanti ed insensibile; tuttavia i movimenti dell'occhio non sono incagliati.

Sui tumori del cordone spermatico dei neonati; del dott. ENGLISCH. (*Centr. für Chir.* N. 2).

Sono 13 osservazioni fatte dall'Autore di tumori sul testicolo o cordone spermatico dei neonati, che egli classifica in questo modo:

1.° Tumori peduncolati del cordone, aderenti ad una parte divenuta libera dal plesso pampiniforme, con involucro cellulo-fibroso, che li contiene al modo delle ghiandole linfatiche, anzi la rete linfatica alcune volte si mostra infiltrata di sangue.

2.° Tumori giacenti sulla testa dell' epididimo, le cui pareti contengono delle vene molto dilatate; al contrario dei precedenti sono difficilissimi ad essere isolati: questi tumori appartengono solo alla primissima età, giacchè talora tre settimane appena dopo la nascita vengono presi dal processo di assorbimento e scompajono. — Nessun ajuto terapeutico è richiesto da essi. TIRINNANZI.

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA
ITALIANA E STRANIERA

del dott. G. B. SORESINA

(Continuazione e fine. — Vedi il fascicolo precedente, pag. 93).

Rivista italiana.

Frigerio — *Intorno alla cura dell'epilessia colle injezioni ipodermiche di bromuro di potassio.*

Tedoldi — *Osservazioni pratiche sull' angina difterica dominante in Bagnolo S. Vito negli anni 1875-76.*

Occhini — *L'ammoniaca, antidoto del cloroformio.*

Bonalumi — *Injezioni parenchimatose di tintura d' iodio nei tumori ghiandolari.*

Lombroso — *Cura esterna dei cloasmi ed eczemi coll' olio rosso di mais guasto.*

Cavazzani — *Etere canforato nell'erisipola.*

Spampinati — *Delle injezioni di percloruro di ferro nel sacco lagrimale come mezzo curativo della dilatazione del sacco stesso.*

Cantani — *Il petrolio nella tigna favosa.*

Pavesi — *Solfito sodico-salicilico-cloraliato, ossia balsamo antizimotico.*

Amoroso — *Del metodo più utile di amministrare i sali di chinina nelle febbri da malaria.*

Bergonzini — *Apertura degli ascessi senza dolore.*

Ferretti — *L'estratto alcoolico di noce vomica nella cura delle malattie nervose.*

Fera — *Uso del solfato di ferro nell'angina difterica.*

Vanzetti — *Recenti applicazioni terapeutiche nell'ottalmojatria.*

Tizzoni — *Sull'azione locale dell'idrato di cloralio, e sua applicazione*

in alcune malattie chirurgiche esterne e nelle medicature in generale.

Losana — *Singhiozzo isterico.*

Rivista straniera.

Husemann — *Contribuzione sull'azione della scilla.*
Moell — *L'acido salicilico ed il salicilicato di soda come antifebbrile.*
Wollfberg — *L'acido salicilico come antipiretico.*
Vilheim — *Dell' influenza del nitrito d'amile sulla tonicità vascolare ed i battiti del cuore.*
Samelsohn — *Effetti fisiologici e terapeutici del nitrito d'amile.*
Stoerk — *Comunicazioni sull'asma bronchiale e sulla cura meccanica delle affezioni polmonari, con appendice sulla tosse provocata da azioni di stimolo.*
Otto — *Degli effetti fisiologici della digitalina.*
Stricker — *Sui risultati della cura della poliartrite reumatica coll'acido salicilico.*
Heller — *Cura del reumatismo coll'ammoniaca.*
Frankel — *Cura degli spasmi uterini durante e dopo il parto.*
Svetlin — *Cura del nistagmo colle correnti costanti.*
Fleischmann — *Sul valore terapeutico dei vomitivi nel crup.*
Steinbrück — *Sulla cura della tubercolosi.*
Offenberg — *Caso d'idrofobia curata col woorara (curaro).*
Heyfelder — *Risipola; alcool canforato all'interno.*
Gaz. méd. de Strasbourg — *Balsamo di Gurgun.*
Dyer — *Reumatismo articolare acuto e sua cura.*
Mendel — *Terapia dell'intermittente larvata.*
Wilson Fox — *Cura della leucoemia splenica col fosforo.*
Brakenridge — *Il solfato di chinina per gargarismo.*
Mills — *Uso terapeutico dell'ossalato di cerio.*
Pepper — *Dell'anemia progressiva perniciosa.*
Madison — *Impiego dell'acido solforico nella cura dei furoncoli.*
Dnncan — *Apomorfina; vomitivo pei bambini.*
Mackensie — *Cura degli ingorghi glandulari colle injezioni d' acido acetico.*
Keetley — *Cura dell'epistassi.*
Priestly Platt — *L'azione fisiologica del vanadio.*
Griffiths — *Della cura arsenicale.*
Sickness — *Nitrito d'amile contro il mal di mare.*
Espt, King, Coe, ecc. — *Il geranium maculatum.*
Maclagan — *Buoni effetti della salicina nel reumatismo acuto.*
Evers — *Calastrus paniculata.*
Blanchar — *Ipecacuana nell'emottisi dichiarata.*
Copeman — *Carciofo nella cura del reumatismo articolare.*
Shortt e Dymok — *Clitorea Fernatea.*

Braunsley — *Gentio.*
Brown — *Convulsioni e modo di arrestarle.*
Wators, Gaddesden e Patin — *Cura del vajuolo colla soppressione della luce solare.*
Knaggs — *Arnica nella cura dell'orchite.*
Brakenridge — *Scarlattina e solfofenato.*
Dupuy — *Crescione (nasturtium aquaticum) succo concentrato.*
Grzymala — *Xanthium spinosum nella cura dell'idrofobia.*
Prestat — *Mylabris interrupta, succedanea della cantaride.*
Lequesne e Grosset — *Idrotorace; cura coll'jaborandi.*
Chouppe — *Ipecacuana nella diarrea e nei sudori dei tisici.*
Pietrasanta — *Sale marino.*
Lisle — *Pane all'acqua di mare.*
Boussingault — *Del pane di glutine e degli alimenti feculenti nel regime dei glicosurici.*
Fano — *Uso della daturina come midriatico.*
Blanche — *Del narciso dei prati come vomitivo.*
Vigier — *Fosfuro di zinco.*
Vibert — *L'anemia grave curata colle injezioni sottocutanee di morfina.*
Clément — *Uso del gelsemium sempervirens come antinevralgico.*
Tarnier — *Del regime latteo nell'albuminuria delle donne gravide.*
Duquesnel — *Preparazione di cilindri al tannino, all' allume, all' ossido di zinco.*
Blachez — *Cura delle convulsioni dei bambini.*
Gubler — *La picrotoxina.*
Paris Médical — *Olio di ricino*; *formola per facilitarne la somministrazione.*
Cordier — *Del catarro dell'orecchio causato dal morbillo e della sua cura.*
Thiernesse e Casse — *L'ossigeno come antidoto del fosforo.*
Revue de Thérap. méd. chirurg. — *Emicrania inveterata. — Uso dei confetti arsenico-bromati.*
Tribune Médic. — *Emicrania; cura preventiva.*
Wannebroucq — *Enterite interstiziale.*
Deshayes — *Febbre tifoidea; cura coll'aconito.*
L'Explorateur — *Il Carnauba.*
Batley — *Calomelano; nuovo modo d'ammenistrarlo.*
Roger — *Della puntura del pericardio.*
Charcot — *Cura della vertigine di Ménière col solfato di chinina.*
Blanche — *Protossido d'azoto.*
Andrews — *Dei pericoli di confronto fra l'anestesia parodotta dall'etere, dal cloroformio e dal protossido d'azoto.*
Tesi di Parigi — *Ailan ghiandulosa (Verme del Giappone).*
Heckel — *Bankeul.*
Foltz — *Clisteri freddi, loro azione fisiologica e loro uso terapeutico.*

Rivista italiana.

Intorno alla cura dell'epilessia colle injezioni ipodermiche di bromuro di potassio. Esperienze e considerazioni del dott. Luigi Frigerio. (*Archivo Ital. delle mal. nervose* e delle *Alienazion mentali*, fasc. III, 1876).

Lo studio che brevemente riferiamo, venne fatto nel Manicomio Provinciale di Pesaro. Dopo alcuni cenni storici sulla condizione causale e sulle ricerche eziologiche degli accessi epilettici, lasciate da parte le scientifiche disquisizioni, fissò il Frigerio, come punto di partenza delle sue ricerche, il fatto empirico dell'efficacia del bromuro di potassio a diradare, se non ad impedire, gli accessi convulsivi e da questo fatto prese animo a tentare gli esperimenti che colle storie cliniche rende di pubblica ragione. Tali storie che il Frigerio riferisce, di epilessia trattata colle injezioni ipodermiche di bromuro di potassio, sono 17; fanno seguito alle medesime le norme colle quali ebbe a propinare il farmaco, gli effetti consecutivi all' injezione ipodermica del bromuro di potassio, i corollari che ne trasse, e finalmente le conclusioni seguenti che riportiamo testualmente:

I. Il metodo ipodermico merita di essere preferito nella propinazione del bromuro di potassio, perchè esente da disturbi gastro-enterici e perchè il rimedio riesce di più facile assorbimento e meno dispendioso.

II. Che l' injezione ipodermica allontana più prontamente gli accessi.

III. Che l' azione del bromuro di potassio è meglio sentita anche quando la malattia rimonti ad epoca antichissima.

IV. Che nelle epilessie di recente sviluppo la virtù del bromuro di potassio si manifesta efficacissima.

V. Che l' injezione sottocutanea di bromuro di potassio, non è da temersi per gli accidenti locali, non molto frequenti e relativamente lievi.

VI. Che i vantaggi sono, in rapporto ai pericoli, di tanto superiori da potersi coscienziosamente affidare al metodo raccomandato, la cura dell'epilessia.

Osservazioni pratiche sull' angina difterica dominante in Bagnolo S. Vito negli anni 1875-76. Opuscolo del dott. Tedoldi Giacomo. Mantova, Tip. degli eredi Segua, 1876.

Premesse dall'Autore alcune sue idee sulla difterite, ed accennati i varii mezzi di cura finora proposti dai medici, non essendo dubbio per esso il carattere infezioso del morbo, pensò ricorrere al chinino, e, ritenuto che le placche alle fauci e l' infezione generale dipendano da un piccolo fungo, stimò conveniente l'uso dell'acido salicilico, appoggiandosi alle osservazioni del dott. Vagner di Friedberg, e per essere l'acido salicilico antisettico, non tossico, senza odore, insipido, solubile nell' acqua. Col chinino e l' acido salicilico (preparato dal chimico Botteri di Camerlata e conosciuto sotto il nome di acqua del Botteri), l'Autore asserisce d'avere trattato 106 malati di difterite, di cui solo 19 morirono e, di questi, 9 non subirono cura regolare: il chinino lo amministra alla

dose di 70 centigrammi fino a 2 grammi e più; d'ordinario ne basta l'uso per tre giorni; dell'acqua Botteri ne impiega due ettogrammi; fa continuare i gargarismi coll'acqua suddetta fino a convalescenza inoltrata e la suggerisce come mezzo profilattico. Preferisce l'acqua del Botteri perchè è preparazione piuttosto gradevole e contiene l'acido in tali proporzioni da poterne amministrare anche per uso interno. Dichiara inutili, dannose le cauterizzazioni, il distacco delle membrane, le sottrazioni sanguigne: raccomanda il chinino, l'acido salicilico e dieta confortante.

Accenna alla cura proposta dal dott. Scotti, per cui s'avrebbero guariti quattro quinti dei colpiti da difterite col rimuovere quanto siavi di pseudoformazione difterica: accenna pure all'opinione del dott. Torresini, il quale nega la possibilità di guarire le vere angine difteriche.

Chiude manifestando il desiderio che ogni medico dia esatte notizie dei metodi di cura seguiti nel trattamento della difterite alla autorità, e che poi il Consiglio Superiore sanitario ne scelga e proponghi il più razionale, il migliore, onde togliere i medici dall'incertezza in cui si trovano per la moltiplicità dei mezzi suggeriti a curare tale malattia.

L'ammoniaca antidoto del cloroformio; del dott. Occhini. (*Il Piria*, e *Annali di chimica*, 1876).

È allo scopo di evitare gli effetti deleteri del cloroformio negli individui affetti da malattia di cuore, che non possono tollerare il cloroformio, e che vogliono assoggettarsi a qualche operazione chirurgica, che il professore Occhini descrive un caso in cui si fece uso preventivamente dell'ammoniaca con buon successo. L'inalazione dell'ammoniaca caustica si continuò per 10 minuti, ossia finchè poteva tollerarsi, e quindi si assoggettò il paziente alla cloroformizzazione. Esso potè sostenere senza patimento l'operazione della cistotomia per l'estrazione di grosso calcolo.

Injezioni parenchimatose di tintura di jodio nei tumori ghiandolari; del dott. Giovanni Bonalumi. (*Giorn. di medicina militare*, novembre 1875).

L'Autore riassume la sua memoria nelle seguenti proposizioni:

1.° Le injezioni parenchimali di tintura di jodio, hanno una decisa efficacia nella risoluzione dei tumori ghiandolari del collo e dell'inguine che si svolgono con una certa frequenza nei soldati dietro cause speciali inerenti alla vita militare.

2.° Le medesime injezioni tornano vantaggiose anche se suscitano un processo suppurativo, massime se vi si combina lo svuotamento dell'ascesso mercè l'aspirazione pneumatica del pus e l'injezione di un liquido detersivo.

3.° I migliori effetti si possono ottenere nei tumori unici non troppo inveterati, costituendo una controindicazione all'attuazione del metodo, l'esistenza di un'ulcerazione nella capsula ghiandolare.

4.° Quindi questo metodo affatto innocente, alla portata di qualunque medico e di tutti gli infermi, merita la preferenza su quelli sin qui adoperati.

5.° La terapia di Luton non è sempre utile, talvolta dannosa negli infarti scrofolosi del collo e perciò da prescriversi.

6.° La stessa medicazione riesce infruttuosa nella iperplasia cronica delle tonsille e nel lipoma.

Cura esterna dei cloasmi ed eczemi coll'olio rosso di mais guasto; Comunicazione preventiva del prof. Cesare Lombroso. (*Rivisia clinica di Bologna*, fasc. 10-11 1875).

Il prof. Lombroso perseverando indefessamente nelle sue indagini relative all'azione terapeutica del mais guasto, dopo che il valente chimico cav. Carlo Erba di Milano, riuscì a preparare l'olio rosso di questo grano avariato, crederebbe di avere fatto una nuova scoperta, consistente nella possibilità di curare e guarire alcune forme di cloasmi ed eczemi con poche pennellature di esso.

Egli espone, a tale proposito, cinque casi di cloasmi che occupavano la fronte in altrettante donne, ed un sesto di eczema impetigginoso circoscritto al mento, i quali tutti avrebbero ceduto alle pennellature di quest'olio nello spazio di 3 a 18 giorni, praticando una sola pennellatura al giorno.

Soggiunge il Lombroso, che codesto trattamento può mostrarsi affatto inattivo nei cloasmi misti con acromìa, e che notansi in alcune pellagre e demenze avanzate, e che hanno per caratteristico di presentare la pigmentazione oscura tigrata di macchiuzze bianche (vitiligo).

Termina questa sua comunicazione come segue:

« Quando si pensi che i cloasmi guariscono, è vero, facilmente, ma che il più spesso esigono un' applicazione continuata di compresse di lana imbevute nello spirito saponato-potassico, od almeno l'applicazione per 4 ore di 25 centigrammi di sublimato in 32 grammi di acqua (lavatura tutt'altro che innocua), si deduce tosto che quest'olio deve avere un' azione locale notevole, e che tale cura, se ne verrà confermata l'efficacia, è di una comodissima applicazione. »

E noi facciamo voti affinchè nuovi fatti confermino veramente le concepite speranze dell'egregio prof. Lombroso.

Etere canforato nell' orisipela; del dott. Cavazzani. (*Gazz. med. ital. provincie venete*).

Eccone la formola:

Canfora	grammi	1
Tannino	»	1
Etere	»	8

Si usa pennellando ogni tre ore le parti colpite, e più oltre ancora. Dice l' Autore di non avere mai avuto alcun insuccesso adoperando questo mezzo, compresi i casi più gravi, in cui si erano già manifestati fenomeni d'atassia e di adinamia. La febbre si è diminuita subito dopo le prime ore, ed il processo locale risipelatoso arrestato due o tre giorni appresso.

Alcuni casi di risipola flemmonosa, che il dott. Cavazzani ebbe a curare, guarirono abbastanza sollecitamente con questo trattamento, che ha il potere di arrestare il progresso del morbo. È noto che Trousseau preconizzava questo farmaco soltanto nei casi di risipola periombelicale dei neonati, e Guibout non impiegava questa soluzione nelle risipole flemmonose ed in quelle della faccia, perchè temeva, in quest' ultimo caso, complicazioni dal lato delle meningi. Cercando in seguito di spiegarsi il modo d'azione del farmaco, l'Autore crede che la risipola non sia altra cosa che una linfite, e che sarebbe sopra i vasi capillari della pelle che il tannino eserciterebbe la sua azione astringente.

L'Autore soggiunge eziandio che questa soluzione è efficacissima nelle scottature di primo e di secondo grado, perchè ammansa quasi istantaneamente il dolore ed impedisce la formazione delle flittene, che possono essere successivamente, come è noto, dolorosissime.

Delle iniezioni di percloruro di ferro nel sacco lagrimale come mezzo curativo della dilatazione del sacco stesso; del dott. Spampinati. (*Movim. med. chir.*, 7 marzo 1876).

Oculisti e chirurghi tentarono sempre con isvariati mezzi di vincere la dilatazione del sacco lagrimale. Si tentò di distruggere il sacco coi caustici attuale e potenziale, si cercò di restringerlo o corrugarlo. L'Autore ritiene, col prof. Del Monte, che il principio che deve guidare l'oculista nella cura della stenosi del canale nasale, e della dilatazione del sacco lagrimale, consista nel curare l'uno e l'altro facendo sì che restino pervie le vie delle lagrime. Fra i vari processi, l'Autore predilige quello che vide a praticare dal suo maestro Del Monte, cioè puntura del sacco alla Ponteau, e dilatazione con sonde di piombo o minugie quando vi fosse bisogno di causticare la mucosa del sacco e canale lagrimale. Spampinati cercò di ottenere la corrugazione del sacco lagrimale colle iniezioni di percloruro di ferro. In una donna osservò un tumore lagrimale del volume di una nocciuola, molle. Colla pressione usciva per i punti lagrimali muco misto a lagrime. La pelle che lo copriva era di color normale. Aperto il sacco col metodo Ponteau-Del Monte, s'accorse col sondaggio che v'era stringimento del canale nasale per fungosità. Fece la cura colle sonde imbevute in una soluzione di nitrato d'argento cristallizzato (75 centigr. in 100 grammi d'acqua) Dopo quattro mesi si ebbero notevoli miglioramenti, ma la lagrimazione persisteva tuttavia, e le lagrime si raccoglievano nel sacco dilatato. Pensò allora di ottenere la corrugazione del sacco colla iniezione di percloruro di ferro al 30, mescolato con due parti d'acqua, praticata colla siringa d'Anelio. Dopo pochi minuti aspirava il liquido colla stessa siringa. Dopo 10 sedute la lagrimazione scomparve, e nel sacco lagrimale non si raccolsero più nè muco, nè lagrime. Lo stesso risultato ottenne in altra paziente, ed anche quì con effetto costante, che osservata la prima dopo un anno, la seconda dopo 6, 7 mesi, il male non si era più riprodotto. Praticava le iniezioni ogni giorno, facendo dimorare il medicamento nel sacco per 5-6 minuti,

ed aspirandolo poscia colla stessa siringa d'Anelio. Ai pratici lo sperimentare il metodo in un male così ostinato.

Il petrolio nella tigna favosa. Nota del prof. A. CANTANI. (*Morgagni.* disp. IV, 1875).

Il petrolio nella tigna favosa venne impiegato dal Cantani con pennellazioni ripetute nella giornata, dopo di avere fatto cadere la crosta mediante cataplasmi. Siccome però non è che un solo caso quello riferito dal Cantani, a giudicare dall'efficacia di questo mezzo nel distruggere l'achorion Schönleinii, ch' è il fungo produttore di questa tigna, è d'uopo ripeterne più volte l'esperimento.

Solfito sodico-salicilico-cloraliato, ossia balsamo antizimotico; di CARLO PAVESI. (*Annali di chimica appl. alla medicina,* fasc. 4 1876).

Il problema dell'eziologia della difterite ha fatto, si può dire, un gran passo verso la soluzione, ed all'ora attuale la maggior parte delle persone dell'arte che hanno seguito il corso del morbo difterico, sono riusciti a scoprire il germe che gli dà origine.

In seguito ad una serie di esperimenti si è constatato che la malattia dev'essere attribuita alla presenza di parassiti, e perciò i rimedi finora usati con vantaggio furono gli antisettici e gli antifermentativi (nitrato d'argento, acido fenico, allume usto, solfato di ferro, acido tannico, cloralio, acido salicilico, solfiti, acido solforoso, ecc.). Concedendo molta importanza, specialmente al cloralio, all'acido salicilico ed ai solfiti, l'Autore si diede allo studio di questi tre farmaci, e con qualche soddisfazione si sarebbe assicurato che la loro unione, effettuata colle regole della scienza, dà un composto che volle nominare *cloralio-salicilato-solfito-sodico.* Ecco il metodo di preparazione:

Pr. Cloralio idrato . . . . , .	parte	1 1[2
Acido salicilico	»	1 1[2
Glicerina	»	1 1[2
Solfito di soda	»	1 1[2
Acqua comune distillata	»	3 1[2
Alcool di vino	»	1 —

Il tutto si versa in un recipiente di vetro forte, si chiude e si espone al calore di gradi 40 ai 50 per pochi minuti, cioè fino a che il solfito sia completamente disciolto; lo stesso dicasi dell'acido salicilico e del cloralio. In questo breve volgere di tempo il cloralio si discioglie, il solfito sodico facilita la soluzione completa dell'acido salicilico, e si forma un soluto omogeneo, che si filtra per carta sugante e si conserva in vaso ben chiuso.

Proprietà. — Il cloralio-salicilato-solfito-sodico si offre di consistenza oleosa, limpido, decolorato, di odore e sapore che ricorda i componenti; è solubile nell'acqua comune. Trattato coi convenienti reagenti, lascia verificare la presenza del cloralio, dell'acido salicilico, del solfito di soda e della glicerina in istato inalterato.

Usi e dosi. — Tanto per uso interno che esterno, in tutte quelle

contingenze che richiedono un energico antisettico, antifermentativo, disinfettante, emostatico e conservatore, e specialmente nell'intento di annientare gli esseri parassitici.

Si può far uso di questo composto, utilizzando di esso la proprietà di opporsi alla decomposizione fermentativa dei corpi organici, insieme a quella di sedare i dolori, e fornisce un rimedio per la maggior parte dei mali che affliggono l' egra umanità. Conoscendosi il modo suo di agire, ne permette un'applicazione razionale, non empirica, come finora si fece per la maggior parte dai farmaci.

Del metodo più utile di amministrare i sali di chinina nelle febbri da malaria; di Amoroso. (*Morgagni*, novembre 1875).

L'Autore studiò sperimentalmente i due punti seguenti: Quale sia il metodo più utile da preferire al letto del malato per essere sicuri sugli effetti dei sali di chinina, e quale la dose puramente necessaria.

Gli risultò dai suoi sperìmenti sopra persone sane ed ammalate, che la forma pillolare è la meno sicura, mentre 40 centigrammi di bisolfato presi sotto questa forma non esibirono alcnn opacamento all'esame delle orine trattate con poche goccie di ioduro doppio di potassio e di mercurio, le febbri ribelli all'opposto coll'ordinario metodo d'amministrazione di questo sale vennero onninamente vinte dalla soluzione.

Non devesi proscrivere assolutamente l'amministrazione del sale sotto forma di polvere, ma non merita però la preferenza, risultando dagli esperimenti che una soluzione molto concentrata (30 centigrammi in un cucchiaio di liquido) viene assorbita meno prontamente e meno completamente, di una soluzione diluita.

Finalmente che il miglior modo d'amministrare i sali di chinina è la soluzione, ove lo comporti lo speciali condizioni del malato; e ciò perchè il farmaco si riscontra nelle orine, forse in quantità maggiore, di quando viene propinato per iniezione ipodermica. In via assoluta poi dovrà essere preferita una soluzione diluita, mentre quella concentrata viene più lentamente assorbita (50 centig. in su 120 di acqua).

Sul canto poi della iniezione ipodermica, essa dovrà essere preferita soltanto nei casi, in cui l'amministrazione del farmaco sia divenuta urgente, come quando non havvi che una brevissima apiressia, o quando lo stato dalle vie gastro-enteriche controindichino l'uso interno, mentre è dimostrato che il chinino portato sotto la pelle, arriva nelle orine più presto che per qualunque altra via.

Le osservazioni poi raccolte al letto del malato nelle febbri da malaria documentano, che la dose media necessaria per sospendere l' accesso febbrile non dev'essere minore di 50 centigrammi di chinina sciolti in 150 di limonea; di rado maggiore: e che pel resto della cura bastano da 25 a 30 centigrammi al giorno, da continuarsi fino a chè il caso speciale lo richieda. Finalmente provano ch' è preferibile somministrare la chinina in prossimità dell'accesso, e non il metodo di frazionarla in piccole dosi, da prendersi a riprese nell'apiressia.

Apertura degli ascessi senza dolore; di BERGONZINI.

L'Autore dice di essere riuscito ad aprire senza dolore gli ascessi mercè una soluzione di due parti d'acido fenico in una di glicerina, lasciata a contatto colla pelle da tre a cinque minuti. Ne sarebbe risultato un po' di rossore e di tumefazione solo nel caso in cui la pelle anteriormente si fosse trovata infiammata, o quando il contatto del liquido fosse stato prolungato troppo lungamente. Crede l'Autore che si potrebbe prevalersi di questo metodo per le operazioni auto-plastiche, e propone di esperimentarlo eziandio nelle nevralgie superficiali.

L'estratto alcoolico di noce vomica ad alte dosi, nella cura delle malattie nervose; del dott. GISBERTO FERRETTI. (*Il Raccoglitore medico* N. 7, 1875).

Il dottore Ferretti riferisce quattro interessanti storie, la prima di meningite ad aracnoite spinale, la seconda di commozione cerebrale; la terza di epilessia, e la quarta di grave isteria, nelle quali, malgrado la loro remota origine, e l' inefficacia di lunghe cure anteriori, cedettero tutte all'uso dell' estratto alcoolico di noce vomica, combinata al Rus radicans ed all'estratto di giusquiamo.

Eccone la formola:

Estratto alcool. di noce vomica	cent.	6
Rus radicans	»	6
Estratto di giusquiamo	»	30

Fanne 4 pillole, Una ogni 6 ore.

Uso del solfato di ferro nell'angina difterica; del dott. MICHELE FERA. (*Gazz. Mad. delle Calabrie*, gennaio 1876).

Il dottor Fera asserisce di avere curato 80 casi di difterite e di non averne perduto un solo mediante la polvere di solfato di ferro purificato usata localmente. Ecco il modo additato colle sue stesse parole:

« Si faccia un pennello di crini di cavallo, e si tagli distante dalla stecchetta che lo porta un tre o quattro millimetri, si avrà in tal modo più che un pennello un'aspra spazzoletta, che immersa nella polvere finissima di solfato di ferro purificato, potrà facilmente staccare la *placca difterica* ch'è sulle tonsille, sulla faringe, sul velo-pendolo palatino o altrove; il pennello s' imbratta tante volte del solfato di ferro, quante volte si porta in gola, strofinando l'aia difterica bruscamente, finchè sanguina molto ; immediatamente vedrete sparire il colore perlaceo della difterite, e le superficie diverranno rosse, o se nel mezzo dell' aia resta qualche cosa di non rosso, presenterà l'aspetto di una quantità di muco sanguigno che si stacca colle seguenti medicature. Il rimedio si userà due volte al giorno, e fin dalla prima, o dalla seconda medicatura il calore febbrile gradatamente discende, le adeniti cervicali diminuiscono e spariscono interamente; fra tre o quattro giorni gli ammalati risanano.

Invitiamo i medici della nostra provincia, e di tutta Italia, come i padri di famiglia, ad esperimentare un tal mezzo ; facciamo tale invito

anche ai padri di famiglia perchè il metodo può usarsi da ognuno con grande facilità e senza alcun pericolo »

Recenti applicazioni terapeutiche nell'ottalmoiatria; di CARLO VANZETTI. (*Lo Sperimentale*, marzo 1876).

Crediamo utile pei nostri lettori l'accennare alle più recenti e meno note applicazioni terapeutiche nella cura delle malattie oculari.

Astenopia accomodativa. — Ripetute iniezioni nel sacco congiuntivale d'una soluzione leggera di calabarina.

Emaralopia. — Nitrato di stricnina per iniezione ipodermica alle tempia e sopracciglia, da uno a due milligrammi gradatamente fino ad un centigrammo e più.

Ambliopie da abuso di tabacco. — Bisolfato di chinina alla dose di 50 centigrammi al giorno, crescendo.

Ambliopia da abuso delle sostanze spiritose. — Bromuro di potassio ad alte dosi.

Fotopsie nevro-paralitiche. — Solfato di chinina.

Strabismo incipiente. — Instillazioni d'atropina associate all'uso di lenti convesse.

Ipopion con infiltramenti purulenti della cornea. — Instillazioni di calabarina.

Blefarospasmo. — Pennellature sulle palpebre di tintura di iodio.

Panni vascolari da congiuntivite granulosa. — Polverizzazioni di bisolfato di chinina.

Sull'azione locale dell'idrato di cloralio, e sua applicazione in alcune malattie chirurgiche esterne e nelle medicature in generale; del dottore GUIDO TIZZONI di Pisa. (*L'Indipendente*, fasc. 6, 1876).

Non vi è medicamento del giorno, dice l'Autore, così adoperato e studiato quanto il cloralio, ma non si può negare che molti di questi studi sono del tutto pratici ed empirici, e mancano d'un fondamento scientifico che li renda stabili e innattaccabili dalla critica. Fu per questo che ha creduto far cosa utile di convalidare il lato pratico con lo studio della proprietà di questo corpo, facendo che le applicazioni di questo siano quasi una conseguenza immediata di quelle.

Il primo fenomeno, dice il Tizzoni, che si osserva dall'applicazione del cloralio idrato in soluzione, a scopo chirurgico, cioè in parti prive di epidermide e di epitelio, è uno stato di passeggera irritazione più o meno grande secondo il grado di concentrazione della soluzione adoperata.

A quest'azione irritativa subentrerebbe un'azione anestetica già provata dalle esperienze dei dottori Coignard, Horand e Peuch e confermata dall'Autore stesso.

L'azione irritativa favorirebbe lo sviluppo dei bottoni cellulo-vascolari, ed accelererebbe la cicatrizzazione delle soluzioni di continuo, e sarebbe quindi sostituibile a tutta la serie dei caustici e degli irritanti locali.

Il cloralio sarebbe inoltre un astringente, e come tale antiflogistico. Cessata l'azione irritativa che, in generale, dura poco, dopo poche ore si avrebbe la diminuzione dei fatti flogistici compresa la suppurazione; e ciò sarebbe devoluto al rallentamento del circolo ed al costringimento dei capillari, nonchè ai piccoli coaguli ed emboli che avvengono entro di questi e che tolgono o diminuiscono la quantità di sangue che si porta ad una data parte, fatto che sarebbe già stato constatato da anteriori sperimenti dell'Autore e dal dott. Fogliata istituiti e pubblicati.

La più grande poi delle proprietà del cloralio, sarebbe la sua facoltà disinfettante, antisettica, antiputrida, antifermentativa. « Io conservo, dice l'Autore, da lungo tempo, dei pezzi anatomici da servire per preparazioni microscopiche, in una debole soluzione di cloralio, senza che gli elementi anatomici abbiano subito le più lievi alterazioni. Io conservo da quasi due mesi carne, latte, orina con poche goccie di cloralio, come dimostrarono le esperienze di Richardson sul sangue, quelle di Byasson e Follet sulla decomposizione delle materie animali. Quale conseguenza dell'azione antisettica del cloralio, credo giustissima la sua applicazione nella cura della difterite, come ha proposto recentemente il dottor Domenico Barduzzi. »

L'Autore raccomanda quindi il cloralio nelle ordinarie medicature chirurgiche come preservativo dell' infezione locale e generale, e quale freno delle abbondanti suppurazioni.

Scende in seguito a riferire gli eseguiti sperimenti ed i casi clinici che condussero a stabilire le dette proprietà del cloralio e specialmente l'antiputrida, che sono in numero di 30, fatti sopra carne di diversi animali, latte fresco ed orina. E siccome le differenze dei detti sperimenti, compresi nelle stesse serie, non riguardano che la quantità del cloralio adoperato, e siccome in ultimo i risultati furono sempre li stessi, così si limitò a riportarne soltanto uno dei più rilevanti per serie. La soluzione titolata di cloralio di cui in ogni caso l' Autore si è servito, fu di 10 grammi sopra 15 di acqua, misurandone la quantità impiegata per goccie.

Terminerò dicendo (così finisce il Tizzoni il suo pregievole e concludente lavoro) come io abbia curato tanto nello Spedale quanto fuori molte uretriti sieno epiteliali, muco-purulente, acute e croniche colle iniezioni di cloralio già preconizzato dal dott. Parona, e come me ne sia avuto a lodare moltissimo, sia perchè la secrezione blennorragica cessa in poco tempo, sia perchè questa cura si può adoperare in qualunque periodo della uretrite senza che si abbiano mai complicanze di cistite, di dolori uretrali e d'incordazione ecc. »

Singhiozzo isterico; del dott. Losana. (*La Salute di Genova*, gennaio all'aprile 1876, e *Gazz. Med. Lomb.*).

Il dott. Losana, in una signora affetta da singhiozzo isterico ribelle, per il corso di cinque anni, ai mezzi i più svariati di cura, come la morfina, il cloralio, il muschio, la idroterapia, la cauterizzazione lungo

la doccia vertebrale, ecc., ha sperimentato, il decorso anno, la elettricità. A questo scopo, dietro inutili applicazioni di una corrente discendente dalla nuca alle ultime vertebre dorsali, e della faradizzazione dei nervi frenici, ebbe ricorso, come ultimo espediente, alla galvanopuntura. Posto l' elettrode positivo sulla spina cervicale, infisse nel sesto spazio intercostale, per tre centimetri di profondità, un ago d'acciaio posto in comunicazione col polo negativo. Il risultato di questa operazione fu soddisfacentissimo, perchè nel corso di circa tre mesi il singhiozzo sparve completamente, ed ora è trascorso un anno senza che la guarigione si sia menomamente smentita. Oltre a ciò vide l' Autore che i molti piccoli noduletti rossi, dovuti alle punture delle inoculazioni ipodermiche, perdettero affatto del loro colore, dietro l'applicazione della elettricità. Fatto che già dal Legros ed Onimus era stato osservato.

La efficacia della galvano-puntura non dipende, dice l' Autore, solamente della soppressione della resistenza offerta dalla epidermide al passaggio dell'elettricità, ma in massima parte dall'azione diretta che l'ago esercita sui nervi e sui tessuti profondi, con cui si trova a contatto, forse la leggera cauterizzazione ch'esso vi opera contribuisce pure alla efficacia della galvano-puntura.

Rivista straniera.

Ein Beitrag zur Wirkung der Meerzwibel. *Contribuzione sull'azione della scilla;* di Husemann Th. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1875, N. 11-13 e *Movimento medico-chirurgico*, N. 12 e 13, 1876).

L' estratto di scilla preparato sotto le indicazioni della farmacopea prussiana è un preparato, secondo una lunga serie d' esperimenti fatti dall'Autore, costante nella sua azione sull'organismo animale. Esso agisce sull' innervazione del cuore e sul miocardio nel modo stesso che la digitalina, digitaleina, l'elleboreina, l'antiarina e tutti quei glicosidi che noi siam soliti indicare come veleni del cuore. L'azione diuretica dell'estratto di scilla non può altrimenti spiegarsi che per l'aumento della pressione sanguigna connesso intimamente con l'azione del preparato quale veleno del cuore, mentre non spiega in nessun modo altro effetto, e specialmente non esercita nè alcuna azione irritante locale lungo il suo corso fino ai reni, nè stimola questi nell'uscire attraverso di essi.

Le indicazioni e contro-indicazioni quindi della scilla come antidropico sono le medesime di quelle della digitale. In seguito all' amministrazione dell'estratto in discorso non si verifica affatto un effetto espettorante per la eliminazione del medicinale attraverso la mucosa bronchiale. L'estratto di scilla non ha un' azione antipiretica, che anzi dato sia tanto in dosi piccole che grandi, aumenta piuttosto e costantemente la temperatura. La scillitina del commercio non può essere sostituita all' estratto, non essendo un preparato costante e non potendosi perciò dosare.

Ueber den Ersatz der salicylsäure als Antifebrile durch das salicylsäure Natron. *L'acido salicilico ed il salicilicato di soda come antifebbrile;* di C. Moell. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1875, N. 38, e *Movim. med. chir.*).

Moell provò che il sale salicilico, che secondo le ricercde di Kolbe non ha proprietà antisettiche, agisse in maniera spiccatissima come antipiretico, tanto nelle febbri infettive (tifo, meno nell'erisipola) quanto in quelle puramente infiammatorie (pneumonite, croup, poliartrite, reuma ecc.). Una scarsa quantità, 4-5 grammi, quale è richiesta da Buss, d'acido salicilico puro, basta nei casi lievi ad abbassare significantissimamente la temperatura; nei casi gravi è necessario (siccome Buss faceva col puro acido salicilico) dopo alcune ore (4-16) somministrarne una seconda dose eguale per ottenere un abbassamento di temperatura di 1-5 c. e più. L'azione è poi anche più intensa, se il medicamento è preso nel tempo della diminuzione spontanea di temperatura. Ordinariamente l'effetto antipiretico dura 24 ore, in guisa che con un uso conveniente si previene, durante un intero corso di morbo, a mantenere durevolmente bassa la temperatura. In circa la metà dei casi l'abbassamento di temperatura seguiva sotto abbondante secrezione di sudore. L'Autore non ha osservato conseguenze nocive. Poche volte si verificarono vomiti passeggieri; però ninna ulteriore molestia gastrica od intestinale. (Delle sezioni mancano i dati. *Rel.*). La medicazione a mezzo di clisteri si è mostrata del pari efficace come nella somministrazione per via della bocca; le injezioni sottocutanee danno un effetto pronto, astrazion facendo dall'incomodo di doverne injettare grandi masse. Di sei persone *guarite*, le quali aveano preso 4 grammi di farmaco in soluzione concentrata, tre vomitarono, il rimanente rimase esente, tranne qualche nausea, senso di soffocazione, ecc., del pari che tre altre, le quali aveano sopportato l'istessa dose per la via dell'ano.

Ueber die antipyretische Bedeutung der salicylsäure. *L'acido salicilico come antipiretico*; di S. Wollfberg. (*Deutsch. Arch. f. Klin. med.* XVI, S. 162).

L'Autore facendo le ricerche nella clinica di Zimssen, trovò, che l'acido salicilico nel tifo, alle singole dosi di 4 grammi per volta (in forma di polvere), eccezionalmente abbassa la temperatura; alla dose di 6 grammi, per regola, ma in modo passaggiero, l'abbassa, e finalmente, nell'uso continuato di 2 grammi, in una soluzione acquosa, dentro le 24 ore non vi è diminuzione di temperatura.

Da questi dati (riconosciuti anco dai difensori della cura coll'acido salicilico. *Rel.*) l'Autore crede di dover conchiudere, che all'acido salicilico devesi attribuire una lieve ed incerta azione antipiretica, la quale non può uguagliarsi a quella della chinina nella metà della dose. L'Autore adduce una serie di fatti dimostranti che l'amministrazione dell'acido salicilico in sostanza (in polvere ed in sospensione nell'acqua) non è senza nocumento, siccome afferma Buss. In un paziente, a cui si

era rotta in bocca un' ostia con 2,5 grammi d'acido salicilico, in guisa che con difficoltà potè inghiottire la polvere medicamentosa, al giorno appresso si mostrò una faringite emorragica.

La sezione di due malati di tifo, che avevano preso la polvere d' acido salicilico nell'ostia, mostrò numerose erosioni emorragiche della mucosa dello stomaco, le quali in un caso si estendevano anco sul duodeno. Simile ritrovato fu rinvenuto in tre cadaveri di tisici, i quali, negli ultimi tempi della loro vita, a titolo di sperimento, avevano ingoiato l'acido salicilico nell'ostia. Le perdite di sostanza erano piccole e superficiali; tuttavia, in alcuni casi comprendevano l' intero spessore della mucosa e raggiungevano la grandezza di un pezzo di quattro centesimi. Un cane che, nel brodo ingoiò 2 grammi d' acido salicilico, ed oltre a ciò gli venne fatto un clistere di 2 grammi di farmaco in 40 d'acqua, presentò sulla mucosa dello stomaco, del duodeno, e delle sezioni dell' intestino raggiunte dal clistere, numerose ulcerazioni emorragiche.

Ueber den Einfluss des Amylnitrits auf Gefässtonus und Herzschlag. *Dell' influenza del nitrito d'amile sulla tonicità vascolare ed i battiti del cuore;* di VILHEIM FILEHNE, d'Erlangen. (*Pflüger's Arch.*, t. IX, pag. 470).

Dopo le esperienze che Guthrie ha fatto sopra sè stesso (*the Quarterly journal of the chem. Soc. London*, 1859, vol. XI, pag. 470), è noto che le inalazioni del nitrito d' amile producono un rossore della faccia ed un acceleramento dei battiti del cuore completamente analoghi agli effetti del pudore o dell'emozione.

Qual' è il modo d'azione di quest'agente sui vasi, ed in quale modo si produce questa congestione? Secondo le ricerche di Gamgee (Ber. d. Sachs. Ges. d. W. Leipzig, 1869, p. 285-286), è dimostrato che il sistema arterioso subisce una diminuzione di tensione; è d'uopo concluderne, siccome i battiti del cuore sono più forti e più frequenti, che la resistenza ha diminuito verso la periferia. Ma lo stesso effetto può aver luogo o per diminuzione della tonicità muscolare dei vasi, o per l' indebolimento dei nervi vaso-motori che li accompagnano, od infine per la paralisi dell'apparato centrale vaso-motore. È a quest'ultima supposizione che si ferma l'Autore, dietro i risultati delle sue esperienze sugli animali. Per avere delle inalazioni regolari, ha praticato la tracheotomia e fece respirare il nitrito d'amile attraverso la cannula ed ha constatato, principalmente sull'orecchio del coniglio, un rossore simile a quello che produce la sezione del simpatico cervicale. Di più, elettrizzando l'estremità periferica del nervo sezionato, in modo da ristabilire l' equilibro fra le due orecchie, ha veduto che il nitrito d' amile non agiva più sull'orecchio di questo lato così lungamente come quando si trovava sotto l' influenza dell'elettricità.

Riguardo l'azione del nitrito d' amile sul cuore, devesi notare una differenza rimarchevole fra la rana, ed il coniglio: in tutti due, i battiti divengono più forti, ma mentre che sono più frequenti nell'ultimo, non

variano immediatamente nella rana, e finiscono per diminuire o per arrestarsi interamente. Nulla di meno, lo stesso fatto si produce nei mammiferi quando loro vengono amministrate delle dosi fortissime. Per Filehne, l'azione del nitrito d'amile sul cuore si produce per la paralisi del nervo vago, e questo fatto rende parfettamente conto della differenza d'azione che fu notata fra i mammiferi e gli animali a sangue freddo. È questo il risultato più evidente delle esperienze ch'egli ha intraprese. Dopo di avere rimarcato che la sezione dei nervi vaghi danno esattamente, nel coniglio, lo stesso numero di pulsazioni che le inalazioni del nitrito d'amile, ha ristabilito lo stato normale coll'eccitamento elettrico e, fino a che l'animale trovavasi sotto l'influenza di tale eccitamento, il nitrito d'amile non produceva più l'acceleramento. È probabilmente, soggiunge egli, per la stessa via che devono agire le impressioni morali onde produrre li stessi effetti che il nitrito d'amile.

Zur physiologischen und therapeutischen Beurtheilung des Amylnitris. *Effetti fisiologici e terapeutici del nitrito d'amile*; di Giul. Samelsohn di Colonia. (*Berlin. Klin. Wochens.* 14 e 21 giugno 1875, N. 24 e 25, e *R. S. M.*, gennajo 1876).

Il fondo di questa memoria è una critica delle esperienze di Filehne (artic. precedente), o piuttosto del modo con cui ne interpreta i risultati. Onde stabilire le sue conclusioni, Filehne fa, infatti, una supposizione completamente gratuita. Ammette che il nitrito d'amile agisca prima d'essere decomposto.

Nello stato d'ignoranza in cui siamo sulle modificazioni che questo farmaco subisce nell'economia, sulle vie per le quali si opera la sua eliminazione e quella dei suoi derivati, una grande riserva ci è imposta nella interpretazione del suo modo d'azione.

D'altronde questo corpo, riputato inoffensivo da Fick, può dare luogo a degli accidenti che Sander aveva già segnalati.

Eccone un nuovo esempio: in una giovane donna colpita da blefarospasmo, l'Autore, fino dalle prime inalazioni, vide sopraggiungere un collasso immediato, che durò grande fatica e padroneggiare.

(Sul nitrito d'amile vedi questa Rivista: Anno VI, 1874, vol. I. pagina 474. Anno VII, 1875, vol. I. pag. 435, 436 e 437).

Mittheilungen veber Asthma bronchiale und die mechanische Lungenbehandlung nebst einen Anhang veber deu Husten. *Comunicazioni sull'asma bronchiale e sulla cura meccanica delle affezioni polmonari, con un appendice sulla tosse provocata da azioni di stimolo;* di Carlo Stoerk. di Stuttgard. (Dal resoconto, *Bl. f. schweiz. Aerzte*, 15 luglio 1875, n. 14, p. 412; e *R. S. M.* fasc. 1°, 1876).

Per l'Autore, la causa principale dell'asma bronchiale è la bronchite cronica; combatte l'idea di un crampo dei muscoli dei bronchi.

Venendo alla cura meccanica delle affezioni toraciche, non è d'avviso che la respirazione in una atmosfera condensata e rarefatta eserciti un'influenza costante sulla circolazione del sangue.

Il processo pneumatico gli sembra convenire specialmente per la cura radicale della bronchite cronica, poichè allora può impedire lo sviluppo di un enfisema esordiente. Una volta la dilatazione degli alveoli polmonari fatta, non può più trattarsi che di cura palliativa.

Stoerk ha immaginato l'apparecchio seguente: Un calderone separato in due parti comunicanti alla base, riempito in parte d'acqua, oscilla intorno ad un' asse sulla quale esso trovasi in equilibro instabile. Per il passaggio dell'acqua da uno dei compartimenti del calderone nell'altro, durante le oscillazioni, l'aria è condensata in uno di questi compartimenti e rarefatta nell'altro. Il periodo d'escursione ajutato da una valvola istabile per lo stesso movimento oscillatorio, regola il grado di pressione. Nello stesso tempo questa valvola serve eziandio al rinnovamento dell'aria. Il grado di condensamento dell'aria è compreso come limite fra 15 e 30 millimetri di mercurio.

Il capitolo sulla tosse provocata s' appoggia sulle esperienze di Nothnagel e contiene d'altronde delle ricerche personali. Ecco le conclusioni:

Al disopra della glottide gli eccitanti ed i contatti non producono tosse che quando si praticano sulla faringe e sulla laringe. Al contrario, la mucosa della superficie inferiore delle corde vocali e della parte interna della laringe fino alla cartilagine cricoidea è di una sensibilità estrema. Il punto di biforcazione della trachea possiede esso pure un alto grado d'eccitabilità. Nella trachea, è soltanto la parte membranosa che reagisce. La mucosa delle parti bronchiali è egualmente sensibile ma in modo meno netto.

Riguardo al parenchima polmonare, niun risultato positivo.

In quanto alla pleura, l' Autore lascia la questione indecisa fra Nothnagel che le nega la sensibilità e Kohts che gliela accorda.

Degli effetti fisiologici della digitalina; di Otto di Pforzheim. (*Deutsches Archiw fuer Klinische medicin.* t. VI, p. 140, e *Gaz. Médic. de Paris*, n. 5, 1876).

Le esperienze che l'Autore ha istituite onde arrivare ai risultati i più opposti a quelli conosciuti fino ad oggi sugli effetti fisiologici della digitalina, furono fatti sopra epilettici. Fu indotto a fare tali esperienze, servendosi delle injezioni sottocutanee di digitalina, preconizzata alcuni anni addietro, dai medici inglesi, nella cura dell'epilessia. Ha impiegato una soluzione contenente 1 parte di digitalina di Merkel su 9 parti di glicerina e 19 di acqua. Le quantità di digitalina injettata hanno variato da 1 a 2 milligrammi e mezzo, ed ecco in complesso i risultati da esso osservati:

Quattro a sei ore dopo l' injezione, si produce un brivido violento. Già tre a quattro ore dopo l' injezione, si osservava un leggero aumento della temperatura del corpo. Questo aumento si prolungava, dopo l' esordire del brivido, fino allo stadio del calore; il maximum non era raggiunto, in generale, che 10 ore dopo l'injezione. In seguito, defervescenza ra-

pida dapprima, più lenta successivamente, per modo che la temperatura non ritornava normale che dodici ore dopo il suo massimo grado; talvolta anche la temperatura discendeva per un certo tempo al disotto del normale per ritornarvi in seguito.

Le temperature massime osservate oltrepassavano, il più delle volte, 40 gradi centigradi. La frequenza del polso è sempre stata in rapporto coll'elevazione della temperatura.

Le pupille furono sempre riscontrate dilatate. La dilatazione cominciava coll'ascensione termica, e persisteva fino alla caduta della temperatura.

La quantità d'orina secreta mentre durava il movimento febbrile era diminuita, la proporzione di fosfati considerevolmente abbassata; l'orina era pallida, incolora.

Risultati identici furono ottenuti dall'Autore, quando amministrava la digitalina per bocca. Mai, al contrario, ne ha osservato, nel periodo che precede il brivido, il rallentamento del polso e l'abbassamento della temperatura che, secondo tutti gli Autori, la digitale è riputata di produrre.

Dopo di avere tentato di spiegare il meccanismo fisiologico dell'azione della digitalina, tale ch'egli pretende averlo osservato, l'Autore arriva alle conclusioni seguenti:

1.° La digitalina costituisce pel nostro organismo un agente piretico.

2.° La sua azione consiste in un eccitamento del centro vaso-motore e del sistema eccito-calorico.

Ueber di Resultate der Behandlung der Polyarthritis rheumatica mit salicylsäure. *Sui risultati della cura della poliartrite reumatica con l'acido salicilico*; di Stricker. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 1 e 2, 1876, e *Mov. med. chir.* gennajo 1876).

In tutti gli ammalati di reumatismo articolare acuto ricevuti nella clinica del prof. Traube nel corso di alcuni mesi, e nei quali l'affezione locale era ben pronunciata, si adoperò con eccellente risultato l'acido salicilico puro, ridotto in polvere e del quale ogni ora si somministrava da 1[2 grammo ad 1 grammo, ridotto in polvere, o messo in un mestruo.

Queste dosi venivano continuate fino a che l'articolazione affetta si muoveva senza produrre alcun dolore. La quantità del rimedio occorrente per raggiungere questo scopo non fu mai maggiore di 15 grammi, e mai minore di 5 grammi. La costituzione del malato non esercitò alcuna influenza, invece l'acutezza del processo e la sua durata influirono sul risultato più o meno sollecito della cura, mentre tanto più facilmente si guarisce un' artrite reumatica per quanto più è recente e quindi acuta.

L'acido salicilico puro è in cristalli bianchi, inodoro, e nell'acqua come nell'alcool si scioglie senza dare al liquido alcun colorito. Usando quest'acido salicilico, non debbono temersi effetti nocivi nè sulla mucosa boccale, nè sull'apparato digerente; e che ciò sia vero lo dimostra il

fatto, che uno degli ammalati della clinica in cura, entusiasmato pei favorevoli effetti del rimedio, ne prese 22 grammi, all' insaputa dell'Autore, nel corso di 12 ore, senza provare alcun disturbo, anzi la sua lingua coperta di patina si pulì e trovò l'appetito ch'erasi dileguato.

I soli effetti secondari osservati da così forti dosi del farmaco furono, sudore, rumore alle orecchie ed ottusità dell'udito; in due solamente un esaltamento dello spirito; cose tutte che non valgono a rattenere il medico dall'adoperare il rimedio, e nè manco se producesse nausea od anche vomito. In quanto alla questione, se cioè l'acido salicilico sia o no al caso di scongiurare la frequente complicanza del reumatismo articolare acuto, l'endocardite cioè, ed i vizi valvolari, il materiale clinico del'Autore (14 casi che riferisce in tutti i loro particolari) non lo autorizza ancora a nulla, tanto più che gli ammalati relativi presentatisi alla clinica erano già affetti da vizi cardiaci.

Cura del reumatismo coll'ammoniaca; di Frantz Heller. (*Viener medizinische Presse*).

L'Autore preconizza questo modo di cura con un entusiasmo che potrà ben non essere diviso da tutti, ma che trova la sua spiegazione nei buoni effetti prodotti sull'Autore stesso dall'amministrazione dell'ammoniaca.

Fra gli ozii forzati che gli impose un reumatismo muscolare, Heller, ricordò che, secondo certi teorici, vi sarebbe in quest' affezione, come nella gotta, una diatesi urica; e per neutralizzare ed eliminare l' acido urico, nulla ha trovato di meglio che ricorrere all'assorbimento dell'ammoniaca.

Non giudicheremo la teoria di Heller; comprendiamo difficilmente che qualche goccia d'ammoniaca possa bastare a correggere l' acidità pretesa della massa sanguigna. Ci contentiamo di registrare il risultato della cura consigliata dal pratico di Vienna. Una goccia d' ammoniaca diluita in un pò d'acqua avrebbe bastato a por fine ai dolori di un reumatismo muscolare del braccio. Heller non avrebbe veduto ricomparire le sue sofferenze che dopo 24 ore. Alcuni giorni d'una simile cura l' avrebbe guarito completamente. Avrebbe ottenuti eguali successi in parecchi malati colpiti come lui da reumatismo muscolare. Sarebbe stato talvolta obbligato d'amministrare una dose un pò più forte d' ammoniaca; ma sei goccie al giorno sarebbero le dosi massime necessarie per arrivare ad una rapida guarigione.

Cura delli spasmi uterini durante e dopo il parto; di E. Frankel. (Nella 47ª riunione dei medici e naturalisti alemanni).

L'Autore impiega simultaneamente il cloridrato di morfina (0,01 a 0,02) ed il solfato d'atropina 0,001 milligrammi, indi amministra il cloroformio cinque minuti dopo. Se l'atropina e la morfina sono veramente antagonisti, essi non lo sarebbero almeno nella loro azione sull'utero.

Cura del nistagmo colle correnti costanti; di W. SVETLIN. (*Wienn. medical Presse*).

L'Autore ebbe due volte l'occasione di guarire il nistagmo coll'applicazione delle correnti costanti fornite da 4 a 7 elementi di Siemens Halske. Il polo zinco viene applicato sulle palpebre chiuse, ed il polo rame didietro l'orecchio. La durata delle sedute non oltrepassa un minuto e mezzo.

Nel primo caso trattavasi di uno studente che da alcuni mesi aveva un nistagmo consecutivo ad una ottalmia blennorragica; fu guarito dopo nove sedute.

Il secondo è relativo ad una signora, che presentava fino della sua infanzia un nistagmo che dalle emozioni morali veniva esagerato al punto da renderlo insopportabile. La guarigione fu completa dopo quattordici sedute.

Sul valore terapeutico dei vomitivi nel crup; di FLEISCHMANN. (*Riv. med. chirur. Alemanna*, giugno 1875, pag. 403, e *Bull. génér. de Thér.*).

Quando si consultano i lavori degli Autori, antichi e moderni, che hanno scritto sul valore terapeutico dei vomitivi nella cura del crup, si rimarca che in tutti i tempi questa cura è stata in onore. Ma quasi sempre fu impiegato assieme con altri mezzi, ed in particolare in questi ultimi tempi colla tubatura della glottide e della tracheotomia. Finalmente, quasi tutti gli Autori hanno segnalato la sua efficacia specialmente al principio del morbo.

Ma le loro opinioni sono assolutamente divergenti, quando vogliono spiegare il modo d'azione dei vomitivi. Gli uni loro attribuiscono un'azione specifica, altri vogliono ch'essi agiscano come espettoranti, per altri infine non riescono che provocando li sforzi del vomito.

L'uso del tartaro stibiato è stato quando caldamente vantato, quando al contrario severamente condannato. Certi medici hanno preconizzato i vomitivi amministrati a brevi intervalli (coup sur coup); altri all'opposto considerarono questo modo d'impiego come essenzialmente nocivo. In questo studio critico, il dott. Fleischmann si è proposto di determinare il valore reale di questo farmaco.

Cita dapprima l'opinione di Traube. Quest'Autore rammenta, che il vomito è prodotto dalla contrazione dei muscoli addominali, che evacuano lo stomaco del suo contenuto. Nello stesso tempo la contrazione delle fibre muscolari lungitudinali dell'esofago apre il cardias. La cassa toracica consecutivamente è ristretta nel suo insieme e l'aria viene espulsa con forza dalle vie che percorre normalmente, come avviene in un violento colpo di tosse. La tosse, come è noto, è accompagnata egualmente da un restringimento del torace. Ma, secondo Traube, durante il vomito, l'apertura della glottide si dilata, mentre ch'essa si chiude ermeticamente sotto l'influenza d'un violento accesso di tosse. Il dott. Fleischmann non crede a questo modo di vedere. Esso s'appoggia sul lavoro pubblicato nel 1873, a Kiel, dal dott. Lüttich ed inti-

tolato: *meccanismo del vomito*. L' Autore vi dimostra che il vomito essendo preceduto da una ispirazione profonda, la pressione è negativa a questo momento nella cavità toracica.

Ma tale inspirazione, dilatando il petto, s' aggiunge alla contrazione simultanea del diaframma e dei muscoli addominali per comprimere lo stomaco. L'orificio cardiaco s'apre allora e lo stomaco si vuota del suo contenuto.

Non v' è dunque, come lo pensa Traube, aspirazione forzata prima del vomito.

Il dott. Lüttich ha dimostrato inoltre che l' occlusione della glottide è un fatto costante fino ch'esso perdura.

L' atto del vomito non esercita dunque sull' espettorazione azione diretta.

La favorisce indirettamente provocando la tosse per un meccanismo indiretto. Infatti le particelle alimentari cacciate dallo stomaco, comprimono, in passando, la porzione della laringe situata al disopra delle corde vocali, ravvicinate le une alle altre, ed eccitano il malato a tossire. Traube attribuisce eziandio ai vomitivi il privilegio di risvegliare energicamente i centri nervosi che presiedono all' espirazione. Ma questa asserzione è stata smentita dai lavori del dott. Grevé, che ha dimostrato come la respirazione ed il vomito si trovavano sotto a dipendenza di centri nervosi identici.

La vera azione dei vomitivi consiste, secondo il dott. Fleischmann, nella deplezione dei vasi periferici. Ma questa influenza è affatto passeggiera e non ha per conseguenza un valore terapeutico considerevole. Cotesta deplezione si produce, allorchè, durante l' inspirazione, il sangue delle vene periferiche si precipita nel cuore destro. Si comprende facilmente che le arterie della periferia subiscono dal loro lato una dilatazione consecutiva.

Finalmente, il dott. Fleischmann insiste con ragione sull' importanza dei risultati clinici, per determinare il valore reale dei vomitivi nel crup.

Ora, sopra 37 bambini, curati dal 1863 al 1873 coi soli vomitivi e non tracheotomizzati, non conta che tre guarigioni. Questi deplorabili risultati provano ad oltranza l' influenza della cura vomitiva nel crup.

Sulla cura della tubercolosi; di Steinbrück. (*Rivista medico-chirurgica Alemanna*, ottobre e novembre 1875, p. 782, e *Bull. génér. de Ther.*, marzo 30).

L'Autore ha posto a profitto l'azoto che esala da una sorgente minerale della città di Halle. Sopra 100 volumi d'aria, è arrivato a raccoglierne 98,8 in volume. Il gas era sbarazzato dal suo acido carbonico passando attraverso ad una soluzione di potassa. Le esperienze del dottore Steinbruck furono fatte sopra più di 100 malati. Egli lascia arrivare il gas in un gabinetto in vetro di una capacità eguale a 150 piedi cubici. Il volume d'azoto che passa attraverso di questo gabinetto nello spazio di due ore, può essere valutato da 30 a 40 piedi cubici.

Ecco, secondo il dott. Steinbrück, come agiscono le inalazioni d'azoto. Il malato, privato d'ossigeno, è costretto di fare profonde inspirazioni. Le mucosità irritanti che aderiscono alla superficie della mucosa bronchiale vengono tosto espulse dalla tosse, che ne è la conseguenza. Ne risulta che l'aria raggiunge un gran numero d'alveoli che non poteva penetrare precedentemente. Il campo respiratorio si trova dunque considerevolmente aumentato. Questo nuovo stato di cose ha per conseguenza di diminuire il numero delle pulsazioni di 10 a 12, di minorare il bisogno di respirare, di calmare l'irritazione del sistema nervoso, finalmente di diminuire i sudori, l'esalazione cutanea e l'escrezione d'urea e d'acido urico. L'appetito s'aumenta; le forze, la capacità polmonare ed il peso del corpo accrescono in proporzioni notevoli. L'Autore pretende che le inalazioni d'azoto agiscano aumentando la crasi sanguigna venosa, ch' è direttamente contraria allo sviluppo della tubercolosi, come si può convincersene nel gozzo, nei malati di cuore e nelle donne gravide.

Caso d' idrofobia curato col woorara (curaro); di Offenberg. (*Allg. med. cent. Zeit.* 5 gennajo 1876).

L'Autore, in una dissertazione inaugurale (Berlin, 1875) riferisce come una ragazza di 24 anni, venisse morsicata 80 giorni prima da un cane supposto idrofobo. Le vennero praticate delle injezioni di morfina e fatto inalare del cloroformio indarno, e si ricorse successivamente alle injezioni di curaro. Ne furono injettati in complesso 15 centigrammi in cinque ore e mezzo di durata.

I muscoli dapprima subirono una forte contrazione; in seguito le convulsioni si fecero meno frequenti, e il disgusto dell'acqua e la fotofobia scomparvero, e la voce migliorò. Tosto dopo si manifestarono alcuni sintomi di paralisi, che raggiunsero il massimo grado nel giorno successivo.

Il secondo giorno si manifestò una lieve ricaduta; ricomparvero i sintomi idrofobici, i quali furono tosto frenati mercè un' injezione con 25 milligrammi scarsi di curaro.

La malata stentò a ristabilirsi; dopo due mesi persisteva tuttavia un certo grado di debolezza ed alquanto diminuita la vista. Nei luoghi d' injezione ebbesi infiammazione, non seguita però da suppurazione.

Risipola; alcool canforato all' interno; di Heyfelder.

L'Autore consiglia, nei casi di grave risipola, d'amministrare alcune goccie d'alcool canforato all' interno d'ora in ora. Ha veduto molti casi gravi assumere un andamento benigno sotto l' influenza di questo farmaco.

Balsamo di Gurgun. (*Gaz. méd. Strasbourg*).

Ricavato da molte specie di *diptero-carpus*, questo balsamo è un oleoresina usato dagli Indiani come olio. Il dott. O' Shangnussey per primo lo fece conoscere come succedaneo al copaive, ma esso è specialmente utile nelle affezioni cutanee: Dougall ad esempio lo raccomanda contro la lebbra, e Wilson lo ha impiegato con vantaggio negli eczemi dolorosi e nel lupus. È noto anche sotto il nome di wood-il.

Reumatismo articolare acuto; Cura colla podofillina, del dott. DYER, d'OTTAWA, nell'Illinois. (*Courrier Médical*).

L'Autore amministra ogni due o quattro ore fino a che parecchie scariche sieno provocate, delle piccole dosi di podofilina mescolata alla polvere di Dower. Talvolta due o tre evacuazioni portano vantaggio al malato, mentre che, in altri casi, ne abbisognano otto o dieci. Quando i dolori sono calmati, diminuisce la dose del farmaco, e l'aumenta invece se i dolori ricompajono dopo due o tre giorni. Il dott. Dyer ha sperimentato altri purganti energici, e non avendone ottenuto risultati favorevoli, crede poter concludere dalle sue sperienze, che la podofilina eserciti un' azione specifica sui dolori reumatici.

Zur Therapie der Intermittens larvata. *Terapia dell' intermittente larvata*; di MENDEL. (*Deutsche Zeitschr. f. pract. med.* 1875, N. 48, e *Movim. Med. Chir.* N. 14 e 15, 1876).

Dove il chinino e l'arsenico, nelle nevralgie sopraorbitali, le quali erano provocate da influenze miasmatiche, non avevano alcun effetto, Mendel vide brillanti effetti dall'applicazione della corrente costante. Anode al pnnto doloroso, catode all'angolo della mascella; 8-10 elementi, sedute di 5-10 minuti di durata, qualche volta ripetute.

On the cure of leukoemia splenica of phosphorus. *Cura della leucoemia splenica col fosforo;* di WILSON FOX. (*Lancet* 1875, I. 45, e *Movim. Med. Chir.*).

Dietro una comunicazione di Broadbent (Practitioner 1875 gennajo), sull'azione curativa del fosforo, in un caso di leucemia, l'Autore adoperò anch'egli questa sostanza. Trattavasi di una forma puramente splenica di questo morbo, in un uomo di 37 anni, il quale ne aveva presentati i primi sintomi circa due anni innanzi. La milza giungeva all' ombelico, i corpuscoli bianchi del sangue oltrepassavano la quantità normale, erano in parte grandi, in parte piccoli, per lo più fortemente granulosi, alcuno con due nuclei.

L' infermo prese tre volte al giorno 1[5 di granello di fosforo e, già nella terza settimana, presentava un notevole miglioramento del suo stato generale.

Dopo 3 mesi e mezzo venne licenziato in florido stato di salute; la sua milza era notevolmente diminuita di volume, non più dolente, il suo sangue paragonato con quello di un uomo sano, non presentava più eccesso di cellule bianche, se non che queste avevano dimensione doppia del normale. Il peso del corpo era aumentato di più di venti libbre.

Il solfato di chinina per gargarismo; di BRAKENRIDGE. (*The Practitioner* e *Abeille médicale*).

I fatti seguenti sono considerati dall' Autore come sufficentemente stabiliti: 1.° la chinina è un veleno del protoplasma, essa limita il numero ed i movimenti dei globuli bianchi e delle cellule del pus; 2.° previene la migrazione patologica dei globuli bianchi nel tessuto degli organi membranosi e parenchimatosi esposti all' aria; 3.° si appone alla

dilatazione dei vasi sanguigni; 4.° è antisettica ed esercita un influenza distruttiva o paralizzante sui microzima.

Codeste teorie essendo ammesse, la chinina sembra dover essere impiegata con successo nelle angine difteriche con proliferazione di *micrococchi*, nell'angina poltacea della scarlattina, ed in tutte le affezioni infiammatorie della gola, accompagnate da essudamenti membranosi e da ulcerazioni.

Le esperienze che aveva fatto concepire la teoria, sono state realizzate nella pratica. Il dott. Brakenridge ha impiegato il solfato di chinina per gargarismo (40 centigr. in 100 d'acqua) ed è arrivato alle conclusioni seguenti:

1.° Le cellule semplici dalla gola si modificano rapidamente sotto l'influenza del farmaco.

2.° Le ulcere sifilitiche sono state egualmente trattate con successo, ma ha rimarcato che, nei casi osservati, la cura locale è stata sempre accompagnata dalla cura generale.

3.° La chinina ha dato eccellenti risultati nelle angine della scarlattina; arresta la secrezione poltacea, e diminuisce il gonfiamento infiammatorio.

4.° Ma è specialmente nelle angine difteriche che la chinina è riuscita; in tre casi ha prevenuto l'estensione della malattia, favorendo la saparazione e l'espulsione dell'essudato membranoso.

Uso terapeutico dell'ossalato di cerio; di Carlo K. Mills. (*Philadelphia med. Times*, 8 gennajo 1876, p. 171).

L'introduzione dell'ossalato di cerio in medicina data da 17 anni.

Il prof. Simpson chiamò il primo l'attenzione sulle proprietà astringenti e terapeutiche (*Med. Times et Gazette*, 17 settembre 1859). Lo raccomanda siccome il più semplice ed il più sicuro di tutti i farmaci, contro le nausee ed i vomiti nella gravidanza.

Il dott. Carlo Lee (*Amer. journ. of med. science*, ottobre 1860), il dott. W. H. Jones (*Chicago med. journ.*, febbrajo 1861), Alberto Leyd (*The Lancet*, 30 novembre 1861), Giorgio Lelwyn Morris, nello stesso numero del *Lancet*, « W. C. F. » (*Med. Times and Gaz.* 11 genn. 1862). J. W. Curran (*Med. Presse and Circul.*, 14 luglio 1869), S. A. Lucas (*Med. Presse and Circul.*, 4 agosto 1869), Edwin Bush (*British med. journ.*, 27 novembre 1869), F. K. Bailey (*Med. and Surg. Reporter*, 9 gennajo 1875), hanno avuto li stessi buoni risultati nei vomiti della gravidanza, nella tisi, e nelle affezioni croniche dello stomaco.

Il dott. C. K. Mills che lo impiegò ultimamente in 60 casi, ha ottenuto i risultati seguenti:

Nausee e vomiti della gravidanza, 11 casi: 10 successi, 1 miglioramento;

Nausee e vomiti legati a disordini uterini, 3 casi: 2 successi, 1 miglioramento;

Vomiti associati a nevralgia, 2 casi: 1 successo, ed 1 miglioramento;

Vomiti nella tisi, 2 casi: 1 successo, 1 insuccesso;
Vomiti nei primi giorni della febbre tifoidea, 4 casi: 4 successi;
Vomiti e diarrea della dentizione, 5 casi: 5 successi;
Dispepsia, 15 casi; 6 successi, 7 miglioramenti, 2 insuccessi;
Diarrea, 3 casi: 1 successo, 2 miglioramenti;
Gastrite cronica, 2 casi: 1 miglioramento, 1 insuccesso;
Cancro del piloro, 1 caso: 1 insuccesso;
Enterite, 1 caso: 1 insuccesso.

Non si sa ancora che poche cose sul modo d'azione dell'ossalato di cerio. Agisce come sedativo tonico dello stomaco, al modo dei sali d'argento e di Bismuto (Simpson), o come un semplice protettore locale, visto la sua insolibilità assoluta (Pereira); o diminuendo l'eccitabilità riflessa del canale alimentare (Mills)? La questione non è decisa.

Amministrazione. « La dose dell'ossalato di cerio per un adulto è di 1 a 5 grani (6 a 30 centigr.); per un bambino, di un quarto a mezzo grano. Io lo ho dato fino a 6 grani, ma il più sovente lo prescrissi alla dose di 2 a 3 grani, questa quantità bastando generalmente nei casi che pajono curabili dal suo potere terapeutico. Forse si può impiegarlo con vantaggio a dosi più elevate; ma l'esperienza non ha ancora stabilito il limite del suo uso massimo, ed è forse preferibile di restringere la sua amministrazione alle quantità sumentovate. In due casi in cui lo si prescrisse alla dose di 5 a 6 grani, sembrò causare un lieve malessere gastrico e la diarrea; ma ciò può essere avvenuto per semplice azzardo. Lo si amministra più facilmente sotto forma di polvere o di pillole. Se è la polvere, si può darla sola, con zucchero, con latte, con polvere di gomma arabica o di gomma adragrante, od altre sostanze analoghe. Colla triturazione si può aumentare molto la finezza dell'ossalato puro, ed io credo che debba agire più prontamente dopo di aver subìto una tale preparazione. Io faccio delle pillole con estratti vegetali, di genziana, di quassia, lupolino, di Giusquiamo, ecc.; o se si vuole dare l'ossalato solo, si può fare delle pillole con siroppo d'acacia, di liquerizia, col miele; quest'ultimo eccipiente è uno dei migliori in questo caso. La sua insolubilità rende la sua amministrazione in preparato liquido generalmente incomoda. Ma si può benissimo sospenderlo in una mucilaggine d'acacia o nel siroppo semplice.

Dell'anemia progressiva perniciosa; di PEPPER. (*American journal of the Med. Sciences,* ottobre 1875, e *Lyon Médical,* N. 7, 1876).

Dopo di avere stabilito che quest'affezione non è nuova ed è stata già descritta da Addison, Bennett, Trousseau ed altri Autori, Pepper termina la sua memoria colle conclusioni seguenti:

1.° L'anemia perniciosa progressiva è identica coll'anemia idiopatica d'Addisson e non potrebbe costituire una nuova malattia. È, in realtà, una forma midollare della pseudo-leuchemia.

2.° Le lesioni primitive ed essenziali di quest'anemia e dei fatti morbosi analoghi (leuchemia e pseudo-leuchemia) hanno la loro sede nei tes-

suti generatori del sangue (blood making tissues). La malattia è dunque prodotta da una elaborazione diffettosa del sangue, ed il nome di *anematosi*, che indica questo fatto, sembra meglio appropriato di quello di anemia.

3.° I cangiamenti subìti dal sangue; grande riduzione della sua massa, diminuzione considerevole dei globuli rossi senza aumento di numero dei globuli bianchi. È probabile che esistano egualmente alcune alterazioni nelle proprietà vitali dei globuli rossi e bianchi.

4.° Le altre lesioni (degenerazione adiposa del cuore e degli altri organi, emorragie passive, ecc.) sono secondarie e prodotte dalle alterazioni del sangue.

5.° La malattia, una volta bene stabilita, è sempre funesta.

6.° I farmaci che danno i migliori risultati sono, l'olio di fegato di merluzzo, l'arsenico ed il fosforo.

7.° La trasfusione non può che produrre un miglioramento momentaneo. Non potrebbe essere applicata senza pericoli in causa della debolezza del cuore e della piccola quantità di sangue contenuto nei vasi. Devesi allora injettare una piccola quantità di fluido sanguigno ogni volta (circa 90 grammi) e ripetere l'operazione dopo un certo intervallo. La trasfusione è meno pericolosa se s'injetta il sangue in una piccola arteria piuttosto che in una vena.

Impiego dell'acido solforico nella cura dei furoncoli; di MADISON, di PORT-HUDSON. (*Practit.*, agosto 1875).

L'Autore raccomanda la seguente cura: I colpiti da furoncoli devono prendere, tre volte al giorno, 20 goccie d'acido solforico in un bicchiere d'acqua zuccherata, un'ora prima del pasto. In precedenza si userà la precauzione di coprirsi i denti di burro o di grasso di porco, onde evitare l'azione corrosiva su questi organi dell'acido solforico; successivamente si laverà la bocca con una soluzione di bicarbonato di soda.

L'azione del rimedio è quasi specifica. Si continua l'uso dell'acido, alla dose di dieci goccie soltanto almeno due settimane dopo la scomparsa dei furoncoli. Questi vengono ricoperti di diachilon o di pece distesa sopra un pezzo di tela.

Apomorfina; vomitivo pei bambini; di WLM. DUNCAN. (New-York, *Med. Record*).

L'Autore ch'è d'avviso, dietro le sue sperienze, che l'apomorfina, somministrata ai bambini per uso ipodermico, non sia mai susseguita da spiacevoli conseguenze, la impiega disciolta nella glicerina e nell'alcool, indi nell'acqua, e ne determina le dosi come segue:

In un adulto, l'injezione vomitiva deve contenere da 3 a 6 milligrammi d'apomorfina;

In un bambino di 18 mesi 1 milligr. a 2 decigr.
» » 2 anni 1 » e mezzo.
» » 3 anni 1 » e 7 decigr.

In un bambino di 5 anni 2 mlliigr.
» » 8 anni 2 » e mezzo.

Non è sempre necessario di elevare la dose, poichè per un bambino di 5 anni, 1 milligrammo e 7 decigrammi bastano sempre.

Cura degli ingorghi glandolari colle injezioni d'acido acetico; di Morel Mackensie. (*Britisch med. journal*).

L'Autore ha specialmente in vista gli ingorghi dei gangli linfatici del collo. Pratica ogni otto giorni un' injezione d' acido acetico nei gangli ipertrofici.

Il più delle volte la risoluzione s'effetua senza che v'abbia suppurazione.

Quando alcuni sintomi infiammatori sopraggiungano, Mackensie li combatte colle frizioni d'unguento mercuriale. Finalmente, nei casi di suppurazione del ganglio, evacua il pus con una puntura e l'aspiratore munito d'un ago fino.

Cura dell'epistassi; di Carlo B. Keetley. (*The British medical journal*, 12 febb. 1876),

L'Autore ebbe, parecchie volte, a lodarsi dell' impiego dell' *acqua calda* contro certe epistassi ribelli e frequentemente ripetute. Forse questo mezzo sarebbe inefficace nelle emorragie abbondanti, contro le quali, del resto, le risorse terapeutiche non mancano. Ma nelli scoli sanguigni frequenti, legati ad uno stato pletorico, l'applicazione dell' acqua calda sulla faccia ha dato eccellenti risultati, probabilmente per una rivulsione che diminuisce la congestione della membrana pituitaria.

L'azione fisiologica del vanadio; di John Priestly Platt di Manchester. (*The Lancet*, 15 genn. 1876).

Il vanadio s'approssima molto, sotto il punto di vista chimico, al fosforo ed all'arsenico. Ma sotto il punto di vista fisiologico, sembra differirne notabilmente per molti riguardi. L'Autore ha impiegato delle soluzioni diluite di *vanadato di soda*, che amministrò per lo stomaco, per la via ipodermica ed anche per injezione intra-venosa. Qualunque fosse la via d' introduzione, il vanadio si comportò come veleno dei più attivi. Con dosi mortali, i sintomi più sallienti che si sono osservati furono, la paralisi motrice, convulsioni generali o parziali, assopimento rapido, congestione dalla mucosa delle vie digestive, abbassamento di temperatura, arresti della respirazione e debolezza di polso. In quanto riguarda alle funzioni speciali propriamente dette, Priestly è giunto alle conclusioni seguenti:

1.° Il vanadato di soda agisce ad un tempo sul centro nervoso vasomotore, e sui gangli nervosi intra-cardiaci; produce una diminuzione della tensione vascolare, e rende il polso debole, irregolare ed intermittente.

2.° Agisce egualmente sui centri respiratori. Si vede innanzi tutto un acceleramento, indi un ralentamento della respirazione, che presenta inoltre intermittenze più o meno frequenti.

3.° È senza effetto sui tronchi nervosi e loro espansioni terminali, ma esercita la sua azione sul centro midollare.

4.° Non agisce in alcun senso sulla fibra muscolare.

Della cura arsenicale; di Handsel Griffiths. (*The medical Press and Circular* del 9 febbr. 1876, e *Bull. Génér. de Thér.*).

Le preparazioni arsenicali, così frequentemente impiegate al presente, possono presentare pericoli reali, anche a dose moderata, e produrre accidenti la natura dei quali deve richiamare l'attenzione dei pratici. Ci limiteremo a produrre qui le regole pratiche formulate dall'Autore per l'uso terapeutico dei composti arsenicali.

1.° Mai dare l'arsenico quando esiste uno stato febbrile manifesto. Una temperatura elevata ed un polso rapido sono una contradizione assoluta.

2.° Dare l'arsenico poco tempo dopo i pasti, mai a digiuno.

3.° Nè darlo sotto forma solida, ed essere prudentissimi quando si vuole aumentare le dosi. Il liquore di Fowler è la preparazione la più conveniente.

4.° Diminuire la dose, od anche sopprimere completamente il farmaco, quando si vedono sopraggiungere dolori epigastrici, nausee, od irritazione delle palpebre.

Nitrite of amyl in Sea-Sickness. *Nitrito d'amile contro il mal di mare;* di Crockley Clapham. (*Lancet*, 21 agosto 1875, pag. 276, e *R. S. M.*, genn. 1876).

L'Autore avendo avuto l'occasione di fare un viaggio attorno il mondo che durò quasi due anni, si è applicato in questo tempo a studiare il mal di mare. È noto che, secondo Clapham, la causa prossima di questo male sarebbe una congestione dei vasi della midolla spinale, e questa opinione parebbe giustificata, fino ad un certo punto, dai successi relativi delle applicazioni di ghiaccio lungo la colonna vertebrale. Clapham, che mise alla prova i mezzi terapeutici finora usitati, ha trovato questo meno inefficace che gli altri (champagne ghiaccato, porter in bottiglia, canfora, clorodina, belladonna).

Ma l'anatomia patologica venne a testimoniare in favore della sua ipotesi. Un Chinese in preda al male di mare, essendo stato ucciso istantaneamente, al momento stesso in cui vomitava, per la caduta di un pesante pezzo di ferro che penetrò fino nelle cavità cardiache, la necroscopia, praticata quattro ore dopo la morte, permise di constatare l'integrità di tutti gli organi, tranne del cuore, ben inteso, e della *midolla spinale i di cui vasi erano letteralmeute ingorgati di sangue in tutta la lunghezza dell'asse nervosa.* L'identità di questa osservazione con quella che aveva riscontrata altravolta anatomizzando un epilettico, unita all'analogia dei sintomi osservati nei due casi (sudor freddo, pallore dei tegumenti, ecc.), fece pensare a Clapham che il nitrito d'amile impiegato con successo da Chrichton-Browne nell'epilessia potrebbe essere utile contro il mal di mare.

Questo farmaco fu dunque posto in uso, in parecchie traversate del Pacifico, in 124 malati, e 121 volte la guarigione seguì immediatamente, cioè che nessun vomito non ebbe luogo posteriormente all'amministrazione del nitrito; gli altri tre casi non furono meno soddisfacenti che in ciò che abbisognò una seconda ed anco una terza dose per vincere il morbo.

Ecco il modo d'agire dell'Autore; tre goccie di nitrito d'amile, al bisogno anche più, devono essere versate sopra un fazzoletto e mantenute esattamente sotto il naso del paziente; è necessario ciò eseguire con celerità, in modo che il farmaco possa agire senz'essere mescolato di troppa quantità d'aria. Il ristabilimento della circolazione normale ed il disgorgo della midolla sono tosto attestati da una sensazione (talvolta un po' disaggradevole) di battiti alle tempie, ed eziandio dal ritorno del calore e dall'apparizione più o meno generale d'un colorito roseo alla superficie del corpo. Tale reazione può durare approssimativamente una mezz'ora, dopo della quale, sopraggiunge un dolce sonno da cui il malato si risveglia con un appetito eccellente. Se il male ricompare, locchè non si è mai verificato che dopo 24 ore, l'inalazione deve essere ripetuta. È bene che il malato in cura sia a letto, prossimo a dormire quando vi si sentirà inclinato.

Clapham ha generalmente avuto cura di lasciare il primo vomito a prodursi; oltrechè l'attacco veniva così pienamente caratterizzato, cosa importante sotto il punto di vista delle sue ricerche, gli sembra che il farmaco non agisce in seguito che meglio; nulladimeno una eccezione alla regola verrà fatta in favore dei soggetti delicati. Una volta soltanto, un malato rifiutò di sottoporsi al nitrito d'amile; si navigava allora nelle regioni tropicali, e tale è stata la sensazione del calore causato a questo individuo dalle inalazioni, che diede la preferenza al male di mare.

Geranium maculatum. (*Sperim.*).

È noto che tutte le Geraniacee hanno proprietà astringenti e stimolanti; ma più di tutte sembra averle il geranio macchiato, di cui Mellenzwei (*Journ. f. prakt. Chemie XI)* e Wander Espt (*Journ. de médicine*) preconizzano le proprietà altamente stiptiche. In America lo si usa in decozioni contro le stomatiti, e nelle ulceri follicolari. Espt lo ha usato nel catarro cronico della bocca e ne ha avuto vantaggio. L'epistassi, l'emorragie traumatiche, le emorroidi si avvantaggiano altamente col decotto di geranio macchiato. È pure usato nel secondo periodo della dissenteria, tanto che Coe non dubita di proclamarlo uno fra i più importanti astringenti vegetali.

Il dott. John King riferisce che i migliori risultati se ne ottengono nelle affezioni dell'apparato genito-urinario.

Buoni effetti della salicina nella cura del reumatismo acuto; di Maclagan. (*The Lancet*, 1876, p. 343 e 383).

L'Autore ha impiegato la salicina in otto casi di reumatismo acuto. Ha dunque troppo piccolo numero d'esperienze su questo farmaco per

potere stabilire in modo dogmatico tutta l'estensione della sua utilità. Si limita egli a formulare le conseguenze seguenti:

1.° Abbiamo un farmaco prezioso nella salicina per la cura del reumatismo acuto;

2.° Più il caso è acuto, più i buoni effetti sono marcati;

3.° Nei casi acuti, la sua azione benefica è generalmente sensibile nelle 24 ore, sempre nelle 48 della sua amministrazione a dose sufficente ;

4.° Dato all'esordire dell'attacco, sembra qualche volta arrestare il corso del morbo, tanto efficamente come la chinina guarisce la febbre intermittente, e l'ipecacuana la dissenteria;

5.° L'alleviamento del dolore è sempre un primo effetto prodotto;

6.° Nei casi acuti, l'alleviamento del dolore e l'abbassamento della temperatura sopraggiungono, in generale, simultaneamente;

7.° Nei casi subacuti, il dolore è qualche volta evidentemente tranquillato prima che la temperatura cominci ad abbassare; è specialmente quando, come lo si osserva di frequente nelle persone di temperamento nervoso, il dolore è proporzionalmente maggiore dell'elevazione anormale della temperatura;

8.° Nel reumatismo cronico la salicina riesce qualche volta ove altri farmaci falliscono; ma essa fallisce alla sua volta ove altri riescono.

La dose della salicina è da 10 a 30 grani (60 centigr. a grammi 1,80) ogni due, tre o quattro ore, secondo la gravità del caso; 15 grani ogni tre ore è una dose media per un caso acuto. È molto possibile che meno possa bastare, poichè io non ho provato di trovare la dose minima. È certo che una dose più elevata può essere data senza produrre sconcerti.

La salicina non è solubile quanto sarebbe utile; è meglio amministrarla in polvere mescolata con un pò d'acqua fredda. È un amaro aggradevole. Non ho mai trovato il menomo inconveniente dal suo impiego.

Quando l'acido salicilico (preparato nell'origine mediante la salicina) fu introdotto in terapeutica, mi determinai a sperimentarlo, e nel solo caso nel quale ebbi ricorso ad esso, sembrò tornar utile nel reumatismo; ma causò un' irritazione talmente grande della gola e dello stomaco, che non ne ho ripetuto l'impiego. Era dovuto, senza dubbio, alla sua impurità, poichè Traube lo ha prescritto ultimamente, nelle sue sale a Berlino, e ne ha fatto un rapporto dei più favorevoli sulla sua azione nella febbre reumatica.

Non dubito della esattezza delle osservazioni di Traube, a che l'acido salicilico non sia trovato efficace nella cura del reumatismo acuto; ma dubito ch'esso lo sia altrettanto che la salicina a quest'uso; poichè è più suscettibile di contenere delle impurità nocive, non è così aggradevole da prendere, e sembra esigere una dose più elevata per produrre la sua utile azione.

(Vedi l'articolo precedente di Stricker a cui appunto allude il dottor Maclagan).

Calastrus paniculata; del dott. Evers. (*Indian medical Gazette*, giugno 1875, e *Sperimentale*).

In un eccellente articolo del dott. Evers troviamo l'indicazione di qualche rimedio poco noto in Europa, ma ch' è di uso comune nelle Indie Orientali; e poichè sappiamo benissimo che ogni farmaco ha cominciato coll'essere usato popolarmente per passare poi in possesso della scienza, così crediamo opportuno darne un breve cenno.

L'olio che si ricava dal *calastrus paniculata* (Fam. delle Calastracee) si amministra per uso interno a scopo diaforetico, mentre applicato alla cute dà effetti rubefacenti e vescicatori. Gli indigeni per preparare l'olio, spremono i frutti della pianta; l'olio è di colore scurissimo, di odore e sapore aromatici, e dal dott. Herklots è considerato come il sovrano rimedio in quella strana malattia delle Indie nota sotto il nome di *beriberì*. È anche usato nelle affezioni reumatiche, ed applicato come vescicatorio ha dato all'Evers degli eccellenti risultati. Il dott. Anstie ci riferisce che l'olio unito ad altri ingredienti, è molto usato nelle affezioni di stomaco e nella diarrea. Evers l' ha usato nella lebbra tanto all' interno che all'esterno, ed ha potuto persuadersi che quest' olio ha anche azione sedativa sui poteri virili, tanto che amministrato nelle erezioni e polluzioni notturne, esercita sull'organismo una benevola influenza.

Ipecacuana nell'emottisi dichiarata; del dott. Blanchard. (Parigi, tesi, luglio 1875).

L'Autore riferisce in questa tesi delle osservazioni interessanti che dimostrano l'efficacia della polvere d' ipecacuana nell' emottisi tubercolosa dichiarata, con prese di 50 centigrammi ogni mezz'ora; bastano d'ordinario 2 o 3 prese. L'Autore conclude così:

« Dopo gli effetti sorprendenti che abbiamo veduto prodotti dall' ipecacuana, noi impiegheremo la polvere della radice brasiliana, e ad esempio di Trousseau, non esiteremo a darla ad alta dose, poich' essa è efficace, inoffensiva e pronta ad agire. »

Bouchardat nel suo annuario terapeutico, ha riassunto delle rimarchevoli osservazioni del dott. Peter, che afferma egualmente l' utilità dell' ipecacuana a dosi vomitive nell'emottisi tubercolosa.

Carciofo nella cura del reumatismo articolare acuto; del dott. Copeman. (*Annuaire de thérap.* 1876).

L'Autore prescrive la tintura alcoolica di carciofo alla dose di 4 gram. Nei casi gravissimi e ribelli, non teme di portare la dose della tintura da 4 a 16 grammi. Bailly impiegò questo rimedio ed assicura essere inoffensivo.

Clitorea Ternatea; di Shortt e Dymok. (*Medic. Record*, e *Sperimentale*).

Gli Autori attribuiscono a questa leguminosa dei giardini delle Indie Orientali, un' azione purgativa specialmente unita al tartrato acido di po-

tassa. È un fatto che, unendola ad una mucilaggine, l'Evers l'ha riscontrata un buon purgativo, mentre unita al tartrato acido di potassa acquista proprietà drastiche tanto quanto la resina di gialappa. Moodenen raccomanda l'infuso di clitorea ternatea nelle affezioni uretrali, poichè oltre ad una certa azione demulcente ne avrebbe anche una diuretica. Anstie attribuisce alle radici della pianta proprietà vomitive, e la consiglia perciò nel crup. O'Shangnussey, che l'ha sperimentata, non dice altrimenti.

Gentio; del dott. BRAUNSLEY. (*Sperimentale*).

I frutti baccati di questa pianta del Brasile, ch' è una cucurbitacea, sono di colore giallo, e contengono numerosi semi immersi in una polpa molle. Il dott. Braunsley attribuisce loro una potente azione drastica, ed infatti come tali vengono usati dalle classi povere dell'America meridionale.

Convulsioni e modo di arrestarle; del dott. J. BROWN. (*Practitionner* e *Journ. de med. et de chir. pratiques*).

L'Autore rende noto un mezzo semplicissimo impiegato da esso lui per arrestare le convulsioni, il quale consiste nel collocare il malato sul fianco sinistro. Due volte ebbe campo di riconoscere i buoni effetti di questa posizione durante inalazione del cloroformio, mentre il malato era minacciato d'asfissia. Successivamente questo medico chiamato da un malato colpito dalla malattia di Brigt, e presentante convulsioni uremiche lo fece collocare sul lato sinistro, e le convulsioni cessarono istantaneamente. Più recentemente, un uomo di 56 anni, che soffriva di catarro bronchiale cronico, fu preso da convulsioni limitate al lato destro. Duravano da 10 minuti ed andavano aumentando, quando Brown impiegò lo stesso mezzo e le fece cessare dopo 5 secondi. È possibile che questo processo agisca facilitando l'azione del cuore, ma questa non è che ipotesi che rimane a dimostrarsi dai fisiologi.

Cura del vaiuolo colla soppressione della luce solare; dei dottori WATORS, DE GADDESDEN e PATIN; (*Lyon. Méd.* N. 21 1876).

I. Nel 1870 e 1871, l'*Abeille Médicale* pubblicò un articolo sopra una cura igienica preconizzata da due medici inglesi, il dottor Watórs ed il dottor John de Gaddesden contro le febbri eruttive (roseola, scarlattina e miliare) e particolarmente contro il vaiuolo. Questa cura consiste nel sopprimere completamente la luce del giorno nella camera dei malati, collocando delle coperte opache sulle finestre e sulle porte con vetri; il servizio dei malati si fa mediante candele e lampade ad olio; si provvede al rinnovamento dell'aria col socchiudere le porte o le finestre dell'appartamento.

I due medici inglesi fanno rimarcare « che se la luce bianca, cioè la luce del giorno, viene affatto esclusa dalla camera dei vaiuolosi, è incontestabile che la malattia diviene meno grave. La camera essendo abbastanza oscura per modo che nessun raggio di luce vi penetri, e che si sia quindi obbligati usare d'una candela, si giunge ad arrestare il morbo al

periodo vescicolare, la purulenza non si manifesta, e la pelle che sta fra le vescicole, non è mai infiammata, il sangue non si trasforma in pus; non si vedono mai larghe placche di croste coprire il viso; non avvi dolore intenso, il prurito è insignificante, l' odore è diminuito. Ma. *se durante i periodi della febbre primitiva o dell'eruzione, la luce (del giorno) penetra nella stanza, anche per qualche istante, ne risultano gravi inconvenienti; e basta qualche volta per neutralizzare i buoni effetti ottenuti fino allora.* »

II. Nella grave epidemia di vaiuolo ch' ebbe luogo in Francia nel 1870-71, il dott. Patin impiegò, nel cantone d'Aunouil (Oise), in sette malati, la cura igienica ora esposta. Gli diede risultati incoraggianti che sono riferiti, per quanto concerne la parte igienica, testualmente dall'Autore.

Osservazione 1ª — « La prima malata che abbiamo curato con questo metodo, il 27 maggio 1871, fu M.ª E. L...., che aveva partorito il giorno prima, colpita da vaiuolo confluente e non vaccinata. Il 31 maggio entrava in convalescenza, la febbre e l' eruzione essendosi arrestata. »

Osserv. 2ª « — Il giorno 8 giugno, la figlia di M.ª L...., citata or ora, di 15 giorni d'età, trattata coll' oscurità; vaiuolo confluente; si trovava molto migliorata il quinto giorno, quando, malgrado la proibizione d'esporla alla luce prima del settimo giorno, la madre sua la trasportò fuori della camera per mostrarla ad un vicino. Da quel momento il vaiuolo ricomparve con nuova intensità, e la bambina soccombette nella notte. »

Osserv. 3ª — « Il 31 maggio, la vedova del sig. de Valdampierre, di 57 anni, vaiuolo, varietà coerente (*cohérente*), vaccinata, fu posta nell'oscurità, essa entrava in convalescenza l'otto giugno senza traccie apparenti di vaiuolo. »

Osserv. 4ª — « Il 29 giugno, Ernestina B...., di 20 anni, damigella di banco presso un beccaio di Méru, fu mandata presso i suoi parenti a Berneuil, con un principio di vaiuolo, così giudicato dal dott. Bourdon. Aveva una febbre violentissima con rachialgia, già alcune pustole vaiuolose apparivano, al labbro superiore. La facemmo porre, al suo arrivo, nell'oscurità la più completa. Abbiamo potuto constatare che la febbre era scomparsa dopo 24 ore. Restò così inferma nove giorni. Esciva dopo nove giorni così fresca come se le fosse nulla arrivato. »

Osserv. 5ª — « Il 12 luglio M. Laotilia G.... d'anni 18, a Lormoteau, vaiuolo confluente al quinto giorno, curata coll'oscurità assoluta...., è entrata in convalescenza dopo otto giorni senza che nulla comparisse sulla faccia. »

Osserv. 6ª — « M. L...., geometra, è colpito il 29 luglio di vaiuolo confluente sconosciuto sul principio, Fino dai prodromi fu salassato ripetutamente, largamente, ripurgato *secundum artem*, senza ottenere il menomo sollievo; stava così male che la sua famiglia gli fece ammini-

strare gli ultimi sacramenti. *Fu posto all'oscuro all'insaputa del suo medico*, e guarì dopo quindici giorni come per miracolo, senza che il vajuolo gli comparisce sulla faccia; ma le sue gambe suppurarono lungamente sotto l'influenza di senapismi troppo prolungati. »

Osserv. 7ª — « Il 12 aprile 1873, M. X...., di un anno, non vaccinata, vaiuolo discreto da tre giorni, curato coll' oscurità, fu guarita in otto giorni senza ciccatrici apparenti, e non avendo preso alcun farmaco. (*L'art Médical*, N. di maggio 1874). »

III. — I dottori Wators e de Gaddesden hanno senza dubbio osservato nella loro pratica dei fatti dimostranti che la soppressione della luce solare sollecitava e favoriva la cura delle febbri eruttive. Ignoro se abbiano pubblicato questi interessanti fatti clinici nell'*Abeille Médical* ed in altri giornali. Attendendo che questi ultimi li riproducan o, noi possiamo trarre le conclusioni seguenti del dott. Patin.

1º Ricordandosi che, nel vaiuolo coerente e nel vaiuolo confluente, i tre periodi d'invasione, d'eruzione e di suppurazione durano ciascuno quattro giorni, che le croste cadono generalmente tra il sedicesimo e ventesimo giorno, e che il rossore consecutivo a tali croste persiste sovente fino alla fine del secondo mese, dovrassi ammettere che la soppressione della luce solare ha manifestamente favorito e specialmente affrettata la guarigione in quattro malati (Osserv. 1ª, 5ª, 6ª e 3ª). Il vaiuolo confluente che, secondo le epidemie, è causa di una mortalità dal 30 al 80 per 100, ha risparmiato quì i tre malati che n'erano colpiti, ed eziandio quella signora non vaccinata che aveva partorito il giorno prima.

2º Nel bambino neonato (*Osserv.* 2ª), la soppressione *momentanea* dell'oscurità parve avere provocato una recrudescenza del vaiuolo e la morte della malata.

3º Nella giovane dell'osservazione 4ª, la soppressione della luce solare ha forse fatto abortire il vaiuolo.

4º I fatti precedenti non sono abbastanza numerosi per autorizzarci di giudicare la cura del vaiuolo coll'oscurità, ma devono incoraggiarci nulladimeno ad esperimentare questo trattamento che si è mostrato senza inconvenienti e, in quattro casi, ha manifestamente favorito la guarigione ed abbreviato la durata del morbo. D'altronde, lo ripeto, si possono simulneamente impiegare i farmaci ordinari.

5º Le osservazioni dei due medici inglesi ed i successi precitati della loro cura nel vaiuolo devono essi autorizzarci ad esperimentare, nelle altre febbri eruttive, questa cura dell'oscurità ?

6º Questa cura, che sembra sopprimere nel vaiuolo il periodo di suppurazione, potrebbe essa difficoltarla nella febbre purulenta degli operati e nelle donne puerpere ?

7º Nelle regioni polari ove la notte dura, secondo le latitudini, da una settimana fino a sei mesi di seguito, le febbri eruttive hanno esse una gravità minore che nei giorni polari corrispondenti della medesima latitudine ? Ciò è quanto ci potrebbero istruire i medici del nord dell'Europa.

Arnica nella cura dell'orchite; del dott. KNAGGL. (*Annuair de Thérap.* 1866).

1.° Applicazione più o meno continuata (pel tempo che il malato serba il riposo) di lozioni di tintura d'arnica diluita d'acqua (una parte della prima in sei dell' ultima) sopra l' organo affetto; 2° frizioni mediante una embrocazione composta del terzo od anche della metà di tintura di arnica in un linimento oleoso, due o tre volte al giorno lungo il tragitto del cordone spermatico; 3° amministrazione all'interno di 7 goccie di tintura d' arnica mescolata, se esiste della febbre, con due goccie 1[2 di tintura di Fleming, d'aconito e d'acetato d'ammoniaca.

Scarlattina e solfofenato; di BRAKENRIDGE. (*R. S. M.*, 15 gennaio 1876).

La scarlattina è un'affezione comunissima e gravissima a Londra ed occasiona fino a 100 e 150 morti per settimana. Perciò i medici inglesi vanno costantemente alla ricerca di mezzi preventivi e curativi. Il dottoro Brakenridge fa conoscere gli effetti felici ch'egli ha conseguiti dall'amministrazione del solfofenato di soda raccomandato dal dott. Sansom.

L' Autore dà questo farmaco alla dose di 1 ad 1 e 50 grammi, senza che mai si sia manifestato alcun segno d' intolleranza. I risultati sarebbero stati favorevoli in una serie di 50 casi che tutti terminarono colla guarigione. Tre volte soltanto vennero delle complicazioni; trattavasi di malati entrati tardivamente all' ospedale, ad un' epoca in cui la cura non poteva più combattere gli effetti del male. Nei quattro mesi che avevano preceduto l' uso del solfofenato, vi furono all' ospedale 24 casi di scarlattina e 6 morti.

L'amministrazione di questa medesima sostanza alle persone che circondano il malato e sono esposte alla contagione, avrebbe per effetto d'impedire l'affezione.

Crescione (nasturtium aquaticum L.) Succo concentrato, crescina; di DUPUY. (*Annuaire de thérap.*, 1876).

L'Autore prescrive sovente con grande vantaggio l' impiego giornaliero di esso ai glicosurici. È questo un alimento, dic' egli, che loro è utile per più titoli. Contiene pochissimo zucchero come lo vide Chatin, stimola le funzioni dello stomaco e contribuisce a renderlo allo stato normale; contribuisce a regolarizzare le scariche alvine coi residui legnosi che resistono all'azione dei succhi digestivi.

Quando i malati non possono mangiare il crescione in natura debbono ricorrere all'uso del succo concentrato di Dupuy, farmacista interno degli ospitali di Parigi, il quale estrasse dalle sementi di crescione un prodotto che ottiene nel modo seguente. « Io sono, dic'egli pervenuto a trarre dai grani una sostanza bianco-giallastra resinoide, alla quale ho dato il nome di crescina. È inodora, di un sapore amarissimo, ricorda quello del grano al quale si fosse tolto precedentemente l'olio essenziale solfo-azotato che contiene. Fusibile al calore, si decompone ad un'alta temperatura; non è volatile. Insolubile nell'acqua fredda, nell'etere, nel

cloroformio, nel solfuro di carbonio, si rapprende in massa resiniforme nell'acqua calda. L'alcool a caldo la discioglie perfettamente.

« La crescina si combina cogli acidi diluiti, forma con essi una soluzione limpida che riesce molto meglio a caldo che a freddo. Coll'evaporazione si ottengono dei sali cristaloidi solubilissimi nell'acqua fredda e nell'alcool caldo.

« La crescina è insolubile negli alcali. L'acido solforico concentrato non la colora e la discioglie completamente a freddo. Se si sottopone questa soluzione al calore, si sviluppa un odore forte, particolare. Gli acidi azotico e solforico la colorano in giallo. »

Un nuovo e più completo studio è necessario per ammettere la crescina nel numero dei principii immediati ben definiti.

Xanthium spinosum nella cura dell'idrofobia; del dott. Grzymala, di Podolia. (*Scalpel*).

In una lettera indirizzata al prof. Gubler, il dott. Grzymala segnala le proprietà infallibili del *xanthium spinosum* nella cura dell'idrofobia. Quest'affezione è comunissima in Podolia, nella regione ove esercita il dott. Grzymala, e, nei molteplici casi in cui questo medico ha potuto amministrare con sollecitudine il xanthium, il virus rabbico è sempre stato neutralizzato. È d'uopo infatti amministrare questo farmaco di buon'ora, prima che gli accessi siano dichiarati.

Il xanthium spinosum, pianta comune nel mezzodì della Francia, è un sudorifero, un scialagogo, ed un diuretico debole, che, il più di sovente, non produce che uno o l'altro di codesti tre fenomeni, e non tutte le volte tutti tre ad un tempo. La temperatura si eleva leggermente e la circolazione è un po' accelerata; qualche volta esiste un po' di cefalalgia; nausee e vomiti sopraggiungono di tempo in tempo nella giornata L'appetito aumenta ordinariamente.

La dose per un adulto, è di 60 centigrammi di polvere secca di xanthium, ripetuta tre volte al giorno e continuata per tre settimane. I bambini al disotto di 12 anni ne prendono la metà. Il dott. Grzymala ha guarito in questo modo un gran numero di persone e d'animali morsicati da cani evidentemente idrofobi, mentre che altri animali morsicati dalli stessi cani e sottoposti a tutt'altro modo di cura, soccombettero con un intero corredo di idrofobia.

Mylabris interrupta, succedanea della cantaride; di Prestat. (*Corrier Médical*).

Prestat, farmacista aiutante-maggiore, pubblica la nota seguente nel *Journal de médecine et de pharmacie de l'Algerie* :

Nel mese di giugno 1873, trovai a poca distanza di Milianah, un gran numero di *mylabris interrupta* (Lucas) viventi più particolarmente sulla *sparcium* (Leg.) e sullo *stachys hirta* (Lab.). Avendoli fatti parire nell'essenza di trementina e disseccare successivamente a dolce calore, gli ho impiegai alla preparazione dell'empiastro vescicatorio, secondo la formola degli ospedali militari.

Ho sperimentato questo impiastro applicando sul mio braccio dei vescicanti della grandezza di un pezzo da 50 centesimi, ed ho ottenuto, in poco tempo, delle flittene bellissime. Il medico-capo Hattute volle impiegare quest' empiastro vescicatorio comparativamente coll' empiastro ordinario preparato lo stesso giorno; le flittene prodotte dal mylabris erano altrettanto belle ed appariscenti ed anche sorte più rapidamente di quelle delle cantaridi.

Verso la fine del maggio 1874, ho trovato il primo mylabro nel giardino pubblico sopra dei fiori di dalia e del *lygustrum oriae ale* (gelsomino), ne ho potuto raccogliere un numero abbastanza grande per ottenere circa 500 grammi d'insetti diseccati.

Ho raccolto i prodotti della lavatura al solfuro di carbonio, e gli ho fatti evaporare a bagno-maria; ho ottenuto dalle cantaridi un residuo verde-scuro, oleoso, abbastanza fluido, e dai mylabri un residuo giallo-rossastro molto più consistente e più abbondante. Codesti due prodotti macchiano la carta al modo dei corpi grassi; non sembrano godere di alcuna proprietà vescicante, applicandoli sul braccio non ho ottenuto la menoma rubefazione.

Finalmente, io non ho avuto modo di osservare se l'azione fisiologica prodotta dalla cantaride, specialmente sulla vescica, si manifesti egualmente col milabro.

Idrotorace. Cura col jaborand; dei dottori LEQUESNE (di la Besace) e GRUSSET. (*Bull. génér. de thérapeutique*).

Il dott. Lequesne ha impiegato con successo, in un caso di spandimento pleurico, il iaborandi, come l'avevano già fatto i dottori Gubler, Crequy, Vulpian, ecc.; trattasi d'un uomo di trentacinque anni, che aveva un idrotorace considerevole del lato sinistro datante dall' 8 dicembre. Dopo di avere usato dei rivulsivi e dei diuretici senza successo, furono amministrati due volte 4 grammi di iaborandi, ed al settimo giorno lo spandimento era completamente scomparso. (*Année méd. du* 4 *avril* 1876, p. 53).

Il dott. Grasset rende conto dei risultati ottenuti nel servizio del professore Combal, a Montpellier, dal iaborandi negli spandimenti pleuritici. In cinque casi in cui trattavasi di pleuritide senza reazione febbrile palese, ha conseguito un miglioramento rapidissimo sotto l'influenza del iaborandi. Grasset ammette le conclusioni seguenti:

1° Il iaborandi è utilissimo nella cura degli spandimenti pleuritici, qualunque sia la loro durata, e qualunque sia l'abbondanza del liquido;

2° Il iaborandi fa scomparire di spesso molto rapidamente il liquido contenuto nella pleura e promove degli sfregamenti pleurici;

3° Gli effetti del iaborandi sono di breve durata; si vede spesso il liquido rinnovarsi con grande rapidità. Devesi allora insistere sul iaborandi e si perviene il più delle volte a fare scomparire definitivamente il liquido;

4° Ma una volta il liquido scomparso ed i fregamenti pleurici apparsi,

il iaborandi diviene assalutamente inefficace. È d'uopo sovente allora, per compiere la guarigione, aver ricorso alla cura tonica e talvolta alle applicazioni locali, per esempio, della tintura di iodio.

Ipecacuana nella diarrea e nei sudori dei tisici; del dott. CHOUPPE. (*Presse médicale*).

L'ipecacuana è stata data negli adulti tubercolosi in 17 casi di diarrea presi indistintamente; eravi dunque in questi malati pigliati a differenti periodi della tisi, quando catarro semplice, quando catarro con ulcerazioni intestinali. Ora, sopra questi 17 casi, la cura coll'ipecacuana non ha fallito che due volte. Chouppe ha constatato che in 12 tisici colpiti da sudori noturni abbondanti, l'ipecacuana è riuscita vantaggiosa in modo quasi costante.

Il modo d'impiego in tutti questi casi fu qualche volta il metodo brasiliano, ma la maggior parte i clisteri sono stati preferiti, per la facilità della loro amministrazione, e pel vantaggio che hanno di non provocare i vomiti; l'esperienza ha provato che l'ipecacuana poteva essere amministrata ad alta dose per lungo tempo anche nei bambini giovanissimi, senza provocare accidenti.

La decozione d'ipecacuana impiegata si prepara così:

Pr. Radice d'ipecacuana pestata, grammi 10
Far bollire nell'acqua » 100

fino a riduzione di 30 grammi. Filtrare questa decozione, indi riprendere l'ipecacuana e farle subire una seconda preparazione analoga. Mescolare allora il prodotto delle due decozioni ed aggiungere: Laudano del Sydenham goccie 5 a 10. Il laudano ha lo scopo di far tenere il clistere più lungamente ch'è possibile. Onde evitare il consumo del liquido, il clistere viene amministrato con una siringa di vetro. Le ore scelte furono, nella diarrea, il mattino e la sera, almeno due ore prima o dopo il pasto, mentre che i malati trattati per sudore, non hanno preso, per la più parte, che un solo clistere al giorno, alla sera più tardi possibile. In alcuni casi in cui fu impiegato il metodo brasiliano (sudori notturni) la pozione è stata così preparata:

Pr. Decotto d' ipecacuana preparato come precedentemente, ridotto a grammi 15
Siroppo d' etere » 15

da prendersi in tre voite, di quarto d'ora in quarto d'ora, la sera.

Pei bambini, e la maggior parte lattanti, non si poneva in ogni clistere che una o due goccie di laudano, ed inoltre la formola superiormente indicata per un clistere d'adulto serviva per due volte.

Sale marino; del dott. PIETRA-SANTA. (*Bull. de thérap.*).

I diversi saggi che ho intrapresi, dice l'Autore, ad Algeri con i dottori Spuardi e Desvignes, a Parigi con Mialhe, Grassi e Tréhyou, hanno avuto per iscopo: 1.° d'ottenere un cloruro di sodio d'una grande pu-

rezza, privo di sali terrosi, di sali di magnesia essenzialmente purgativi, di particelle di bromo e d'iodio, di materie organiche che contiene l'acqua di mare; 2.° d'avere, sotto un dato volume di liquido, la più grande proporzione di sale, locchè conduce ad una dose più comoda; 3.° di renderlo più aggradevole possibile. L'aggiunta dell'acqua di Lauro ceraso dà al sale un gusto di mandorle amare sopportabilissimo.

Ecco l'ultima formola adottata dal dott. Tréhyou:

Pr.	Cloruro di sodio	grammi	100
	Zucchero	»	400
	Acqua distillata	»	200
	Acqua di Lauro-ceraso	»	30

Pane all'acqua di mare; di Lisle. (*Bullet. de thérap.*).

La preparazione del pane, dice l'Autore, presenta alcune difficoltà, delle quali importa che i fabbricatori siano prevenuti. La pasta si eleva più lentamente e dev'essere battuta più lungamente quando non s'impiega che il lievito ordinario. Si rimedia agevolmente a tale inconveniente aggiungendo a questo lievito una piccola quantità di lievito di birra. Fu eziandio rimarcato che la cottura n'è più rapida, per modo che in una infornata mista, il pane all'acqua di mare, essendo infornato l'ultimo, è in generale cotto pel primo.

L'acqua di mare è, soggiunge l'Autore, innanzi tutto, (tutte le mie osservazioni tendono a dimostrarlo), il modificatore il più potente, oggi conosciuto, della composizione del liquido nutritivo. È evidentemente questa proprietà così importante che gli permette d'esercitare un'influenza favorevole nelle condizioni le più diverse e, in apparenza, le più opposte della nostra organizzazione, tanto nello stato di salute che in quello di malattia. È essa che farà del pane all'acqua di mare l'alimento igienico per eccellenza.

Finalmente, è inoltre questa proprietà che m'autorizza di aggiungere, in modo generale, che un tal regime ed una tal cura sono formalmente indicate *in tutti* gli individui malati o non aventi che una salute relativamente buona, che presentano segni non equivoci di un impoverimento del sangue.

Del pane di glutine e degli alimenti feculenti nel regime dei glicosurici; di Boussingault. (*Gaz. hébdomadaire*, luglio 1875).

L'Autore ha pubblicato negli *Annales de chimie* un lavoro molto importante sull'analisi composta di alcuni alimenti feculenti; si possono trarre da questa memoria dei fatti pratici di un' alto valore per l'igiene dei glicosurici. Il miglior pane di glutine, il biscotto rotondo, raccomandato dal prof. Bouchardat, essendo preso per base, Boussingault stabilisce coll'analisi comparata degli altri feculenti gli equivalenti che seguono:

Grammi 100 di biscotto di glutine contenendo 40,2 d'amido e 44,9 di carne vegetale possono essere surrogati, al punto di vista della stessa

quantità di materie feculenti, da 97 di focaccia (brioche); 74 di ciambella (echaudé); 73 di pane ordinario, 65 di biscotto di glutine, 62 di macaroni di glutine, 60 di glutine di grani d'orzo, 53 di vermicelli, 54 di sagou, 52 di riso, 82 di fagiuoli, 72 di lenti, 72 di piselli e 173 di patate.

Riguardo alle minestre, Boussingault arriva alle cifre seguenti:

In 1 litro di brodo si aggiunge, per fare una minestra, le dosi seguenti:

Vermicelli	grammi	44
Riso	»	43
Sagou	»	56
Glutine grani d'orzo	»	60

Un tondo di 166 centimetri cubici contiene dunque:

	Amido			*Glicoso*
	Grammi	Centigr.		
Vermicelli	7,31	5,58	potendo fornire	6,20
Riso	7,14	5,43		6,03
Sagou	9,30	6,95		7,73
Glutine grani d'orzo	6,93	9,96		7,37

Queste sono le cifre importanti e che permettono al medico di dirigere e di variare l'alimentaziene dei glicosurici.

Uso della daturina come midriatico; di Fano. (*Bull. génér. de Thér.*, 30 marzo 1876).

Risulta dalle numerose osservazioni dell'Autore:

1.° Che, sopra un occhio sano, basta da venti a venticinque minuti per ottenere la dilatazione della pupilla, con una soluzione di daturina al tre-millesimo, nella quale l'occhio sia immerso;

2.° Che l'azione della daturina è tanto pronta come quella dell'atropina, le due soluzioni essendo impiegate allo stesso titolo;

3.° Che l'istillazione di un collirio alla daturina, al sei-centesimo, produce una dilatazione della pupilla dopo venticinque minuti, e nei giovani in uno spazio di tempo più breve;

4.° Che l'istillazione di un collirio all'atropina produce degli effetti midriatici un pò più prontamente dell'istillazione d'un collirio alla daturina;

5.° Nelle cheratiti vascolo-plastiche accompagnate da uno stato di non-dilatabilità della pupilla, quando la daturina è inefficace per provocare questa dilatazione, l'atropina rimane egualmente senza effetto;

6.° Ma in queste stesse specie di cheratiti produce talvolta una dilatazione della pupilla, quando l'atropina non esercita alcuna azione di questo genere;

7.° Se il collirio alla daturina non produce una dilatazione della pupilla in certi casi di cheratiti vascolo-plastiche ove l'effetto midriatico dell'atropina non è neppur esso apprezzabile, la daturina sembra eser-

citare un' azione speciale sui vasi della cornea, che diminuiscono di calibro sotto l' influenza dell'alcaloide della *datura stramonium*.

8.° Il collirio alla daturina sembra dunque superiore al collirio alla atropina in certe cheratiti vascolo-plastiche croniche (*Journ. d' oculistique et de chirurgie*, agosto e settembre 1875).

Jobert (di Lamballe) aveva già nel 1861 proposto di sostituire la daturina all'atropina come midriatico, ed il *Bull. Génér. de Thér.* ha dato un' analisi di questo lavoro (Tomo LXII, p. 138). Ecco le conclusioni di Jobert:

1.° La daturina è tre volte più attiva dell'atropina e de' suoi sali; per conseguenza le dosi di daturina devono essere tre volte meno forti di quelle dei preparati d'atropina.

2.° Introdotta nelle palpebre, non determina dolore e non ha l' inconveniente d' intorbidare la vista, come fa la belladonna;

3.° Finalmente, gli effetti della daturina sono più costanti di quelli della belladonna, e la sua azione persiste più lungo tempo dell'azione di quest'ultima.

Del Narciso dei prati come vomitivo; di René Blache. (*Bull. Génér. de Thér.*, 30 marzo 1876).

L'Autore impiega seguendo in ciò la pratica ereditata da suo padre e dal dott. Guersant, l'infuso di narciso dei prati come vomitivo; trova in questo farmaco una sicurezza d'azione che non avrebbe fatto mai difetto in più di cinquanta casi in cui questo infuso sarebbe stato impiegato.

Ecco come devesi fare questo infuso:

Si pongono per venti minuti da 2 a 3 grammi di fiori di narciso dei prati in 150 grammi d'acqua bollente; questo infuso, leggermente inzuccherato, è preso senza ripugnanza dai bambini, ed il vomito sopraggiunge dieci o dodici minuti dopo l' ingestione. Il dott. Blache si propone di studiare, in ulteriori ricerche, quale è la parte della pianta che produce i vomiti.

Fosfuro di zinco; di P. Vigier. (*Bull. de thérapeutique*, N. 1).

L'Autore inclina a credere che il fosforo sia assorbito allo stato d' idrogeno fosforato, e che sotto a questo punto di vista il fosfuro di zinco sia il migliore preparato. Quest' ultima preparazione viene consigliata come ricostituente nelle affezioni nervose in cui si ammette una eliminazione eccessiva di fosfati; in Irlanda lo si considera come un antiscrofoloso; per altri è un tonico ed un eccitante. Il dott. Currie riconosce nel fosfuro di zinco una grande efficacia nell'anemia, nelle metrorragie, nell' isterismo. Due a quattro pillole di 4 milligrammi per giorno bastano.

L' anemia grave curata colle injezioni sottocutanee di morfina; di Vibert. (*Journ. de thérapeutique*, N. 1).

L'Autore è stato condotto ad impiegare questa cura considerando da un lato la dilatazione abituale delle pupille negli anemici, e d'altro lato l'azione miosica delle injezioni ipodermiche di morfina, injezioni ch'egli fa

sempre ad una dose sufficiente per produrre il restringimento della pupilla. Ora, Vibert pretende che combinando le injezioni sottocutanee di morfina fino al chiudimento della pupilla, inclusivamente colle alcooliche, si ottiene un miglioramento più rapido, ed è riuscito nelle puerpere che hanno perduto molto sangue, nei casi di conseguenze gravi di false gravidanze, nelle operate che hanno perduto molto sangue.

Uso del gelsemium sempervirens come antinevralgico; di E. Clément. (*Lyon Méd.* N. 7, 1876).

Nella « Rivista di med. di chir. e di terapeutica, » Anno VI, 1874, vol. II, pag. 253, abbiamo inserito un articolo. *Sull'uso terapeutico di questo farmaco,* pigliato dal *Lyon Médical.* Dallo stesso giornale togliamo ora questo secondo articolo, il quale conferma l'azione antinevralgica del gelsemium, farmaco che, secondo l'opinione del dott. Clément, è destinato a correre la stessa vittoriosa carriera del jaborandi e del cloralio, dopo però di aver fatto il giro della stampa inglese e germanica.

Questo farmaco, ch'è da lungo tempo popolare in America per combattere le affezioni nevralgiche ed odontalgiche, appartiene alla famiglia delle apocinee; è ciò che chiamiamo *gelsemino giallo.* Viene impiegato sotto forma di polvere, d'estratto o di tintura, tratti dalla radice e dalla pianta.

Fino ad ora sussiste una certa incertezza sulle dosi; ciò è male, poichè è una sostanza tossica che vuole essere amministrata con prudenza. La polvere si prescrive per centigrammi 5 a 10 nelle 24 ore.

O. Berger ha ucciso dei cani colle injezioni ipodermiche contenenti 0,08 a 0,30 d'estratto. La morte è dovuta ad una paralisi bulbare. La tintura s'impiega alla dose di 20 a 30 goccie; a dose più elevata (5 a 6 cucchiaj da thè) produce li stessi accidenti dell'estratto. Quest'Autore rigetta l'uso di questo farmaco.

Nulladimeno sembra aver dato risultati molto incoraggianti in parecchi casi di nevralgie facciali ribelli, che hanno ceduto rapidamente al suo impiego.

Carlo Hertzka avrebbe pure guarito in tre settimane un malato colpito da due anni da *crampo dei pianisti,* a forma paralitica, che aveva resistito all'elettricità, all'idroterapia.

Clément avrebbe avuto un successo rapidissimo in una nevralgia del ramo ottalmico del Willis, che aveva prima combattuto col solfato di chinina, colle injezioni ipodermiche di morfina, colle pillole di Méglin, ecc. In due mesi, non aveva ottenuto con tali mezzi che un successo di miglioramento incompleto e passeggero. La nevralgia scomparve completamente dopo tre dosi di dieci goccie di tintura.

L'ammalata continuò l'uso del farmaco per quattro o cinque giorni alla dose di dieci goccie; la guarigione completa si è mantenuta dopo più di un mese.

Del regime latteo nell'albuminuria delle donne gravide; di Tarnier. (*Progrés médical*).

Nei casi d'albuminaria nelle donne gravide, l'Autore surroga progressivamente il regime ordinario col latte, in modo che dopo quattordici giorni la malata non prenda più che latte (quattro litri e più) senza altro alimento, senz'altra bevanda.

Otto o quindici giorni dopo d'avere cominciata la cura, l'albuminuria era in diminuzione notabilissima od anche guarita, tranne in un caso in cui la malata moriva qualche tempo dopo il parto e nella quale si trovò la lesione di Bright avanzata.

V'è ragione quindi di sperare che il regime latteo, guarendo l'albuminuria, prevenga l'eclampsia. È incontestabile ch'è questo un mezzo semplicissimo e preferibile ai purganti ripetuti ai quali abbiamo attribuito alcune guarigioni d'albuminuria nel corso della gravidanza.

Preparazione di cilindri al tannino, all'allume, all'ossido di zinco, ecc.; di Duquesnel. (*Ann. de gynecologie*, gennajo 1876).

I cilindri medicamentosi destinati ad agire sulla mucosa delle cavità del corpo o del collo dell'utero, hanno generalmente l'inconveniente d'essere troppo friabili, e divengono perciò di un uso molto incomodo. Si tentò di rimediare a questo difetto incorporando al miscuglio impiegato una certa quantità di glicerina. Ma non si è ancora arrivati sino ad oggi che a risultati imperfetti.

Duquesnel ottiene dei prodotti molto preferibili, fabbricando tali cilindri colla gutta-perca, che unisce a parti eguali colla sostanza medicamentosa. Il miscuglio di gutta-perca tagliato in piccoli pezzi e del farmaco che si vuole usare (allume, ossido di zinco, tannino) e projettato in un mortajo di ferro o di rame previamente riscaldato a 100° circa. Dopo alcuni istanti il miscuglio ancora caldo è, mediante due piastre di vetro o di metallo, rotolato in cilindri di 3 a 4 millimetri di diametro, che induriscono rapidamente raffreddandosi, e che si tagliano di una lunghezza di 10 centimetri.

Cura delle convulsioni dei bambini; di Blachez. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 dicembre 1875).

L'Autore, incaricato del corso clinico complementario sulle malattie dei bambini, traccia, in una delle lezioni, la regola di condotta che deve seguire il pratico chiamato per assistere un bambino colpito da convulsioni.

Se l'attacco è isolato e non sembra avere tendenza a riprodursi, si limitarà ad alcune misure d'igiene, come le buone condizioni d'aria.

Se gli attacchi sono subentranti, o si ripetono a brevi intervalli, far passare dei rivulsivi sulle membra inferiori, applicare sulle tempia delle compresse d'acqua fredda o d'acqua carica d'etere.

Si può, nello stesso tempo, esercitare la compressione delle carotidi consigliata da Trousseau. A quest'effetto, si cerca di sentire, sulle parti laterali del collo, i battiti dei vasi, e si comprimono gradualmente al-

l'indietro sulla colonna vertebrale. Il miglioramento dev' essere rapido; se dopo due o tre minuti, non si fosse manifestato in modo evidente, non v'è luogo d'insistere sulla compressione delle carotidi.

Si ricorre allora alle inalazioni di cloroformio, che devonsi praticare dolcemente e non bruscamente; è necessario evitare il pericolo, per quanto raro esso sia, che può presentare questo mezzo, facendo in modo che una certa quantità d' aria sia sempre mescolata ai vapori cloroformici.

In certi casi hannovi indicazioni speciali da soddisfare. Tale è, per es., quella dell' amministrazione di un vomitivo, se è ben dimostrato che le convulsioni siano dovute ad una indigestione.

Una volta l' accesso scongiurato, devesi modificare la disposizione eclampsica generale e ricorrere alla cura antispasmodica. È necessaria una grande prudenza nell'impiego degli agenti di questa cura, di cui parecchi non lasciano d' essere pericolosi. Qui la dose ha una grande importanza. In un bambino di 8 a 15 mesi, non devesi oltrepassare, per la polvere di giusquiamo, la dose di 30 centigrammi, nè in un bambino di 7 anni, quella di 50 centigrammi, dopo avere cominciato con 5. La dose massima di polvere di belladonna è di 10 centigrammi, cominciando da 1 ed andando gradualmente, sorvegliando con cura la gola e le pupille del bambino. Si può essere più arditi coll' ossido di zinco e darlo alla dose di 10 centigrammi ogni due ore. Lo stesso dicasi della polvere di James, alla quale Blachez non concede, d'altronde, alcun vantaggio.

A tutti codesti farmaci l'autore preferisce il bromuro di potassio ed il cloralio. Prescrive il bromuro a 10 e 20 centigrammi ogni due ore, fino alla dose di 50 o 60, nei bambini della prima età, e da 2 a 3 gr. nei bambini di 7 anni. L'effetto dev'essere manifesto dopo 24 ore, altrimenti si deve aumentare la dose del farmaco. Una cura mista col bromuro di potassio ed il cloralio dà ancora migliori risultati. Si amministra il bromuro nella giornata ed il cloralio la sera. La dose massima di quest' ultimo agente è di 25 centigrammi nella prima infanzia, e di 50 centigrammi nei bambini di maggiore età.

La picrotoxina; di Gubler. (Seduta del 28 ottobre e 10 novembre 1875, della Società di terapeutica di Parigi).

L' azione della picrotoxina, principio attivo della cocca del Levante, sul bulbo (V. Rivista di Terapeutica ecc., febbraio 1876, pag. 175), ha suggerito a Gubler l'idea di tentarla nella paralisi glosso-labio-faringea. È un veleno che arreca convulsioni; le convulsioni sono toniche, catalettiformi. Il miglioramento è stato grandissimo. Furono adoparate iniezioni sottocutanee con una soluzione al millesimo. L'injezione non risultò dolorosa; lasciò dietro di sè un piccolo tumore.

Beaumetz ha considerevolmente migliorato colla picrotoxina un epilettico alcoolico. Ha impiegato dei granuli di un quarto di milligrammo, ed ha portato progressivamente la dose a 3 milligrammi. Non ha mo-

strato alcuna attività nella paralisi agitante. Non si sono avuti fenomeni tossici con 4 milligrammi.

Olio di ricino; formula per facilitarne l'amministrazione. (*Paris Medical*).

In un miscuglio preparato con 50 centigrammi di gomma adragante per 10 grammi d'acqua, si versa lentamente, quasi goccia a goccia, 15 grammi d'olio di ricino, avendo cura d'agitare costantemente il miscuglio col pestello. Quando il miscuglio è perfetto, si aggiunge per allungato 100 grammi d'acqua, 20 a 30 grammi di siroppo, e finalmente alcune goccie di lauro ceraso. Si ottiene così un'emulsione bianca nella quale il gusto dell'olio di ricino è completamente dissimulato e sostituito da quello dell'acqua di lauro-ceraso.

Del catarro dell'orecchio causato dal morbillo, e della sua cura; di Cordier. (Da una tesi di Parigi).

Secondo l'autore, il catarro dell'orecchio medio è un sintomo costante del morbillo, sintomo il più di sovente lieve e che passa inavvertito, ma che talvolta può dar luogo a degli accidenti serii (cefalalgia, delirio) e persistenti fino a tanto che il pus rinchiuso non abbia potuto trovare un'uscita al disotto.

Dacchè si suppone la presenza di pus nella cassa, è d'uopo dunque farlo escire. A quest'effetto il dott. Cordier consiglia il mezzo indicato da Toynbee, il quale consiste nel fare dei movimenti di deglutizione dopo di aver chiuse le fosse nasali. Pei bambini basta di farli bere loro chiudendo le pinne del naso. Si produce così, attraverso la tromba di Eustachio, una specie d'aspirazione di pus e di mucosità contenute nella cassa. Se questo mezzo rimane impotente e che gli accidenti persistano, non è lecito d'esitare a perforare la membrana del timpano per dare uscita al pus.

L'ossigene come antidoto del fosforo; di Thiernesse e Casse (*Bull. de l'Acad. de Méd. du Belgique*, Tom. IX, serie 3.ª, N. 1 ed il *Movimento M. C.*).

Avendo il dott. Rommelaere pubblicato osservazioni cliniche ed esperienze comprovanti che l'olio essenziale di trementina è realmente il contravveleno del fosforo, la Commissione scelta dall'Accademia di medicina del Belgio per la revisione della Farmacopea, ha voluto studiare l'argomento, e pervenne a contraria conclusione. Allora Rommelaere osservò, in seno alla stessa Accademia, che la Commissione non aveva detto di quale specie d'olio essenziale di trementina si fosse servita, e ciò essere di massima importanza, poichè, secondo le ricerche di Kohler e Vetter, l'olio essenziale di trementina rettificato non ha la menoma efficacia nel caso di avvelenamento per fosforo, mentre che quello *ossigenato* godrebbe al più alto grado delle proprietà antitossiche.

Questa divergenza di opinioni ha fatto sorgere negli autori l'idea di esperimentare come antitossico, dietro anche suggerimento di Crocq, l'ossigene puro, ovvero il sangue defibrinato per la trasfusione (è noto che

lo sbattimento che si pratica per defibrinare il sangue vale ad ossidarlo). — Quanto alla trasfusione sanguigna essi fecero quattro esperienze, dalle quali risultò l'insufficienza di questo mezzo, da cui molto ripromettevasi. Invece hanno avuto eccellenti risultati dalla injezione dell'ossigeno puro nelle vene; e diffatti in 22 esperienze si ebbero 19 risultati favorevoli e tre insuccessi, uno dei quali per una dose troppo forte di veleno, e gli altri due per la troppo debole quantità dell'ossigeno. Risulta ancora da codesto esperimento, che l'ossigeno dev'essere injettato poco tempo dopo l'assorbimento del veleno, e cioè prima che il fosforo, abbia prodotto profonde alterazioni nell'organismo, ed in una quantità assai grande (sino ad 800 centim. cubici nel cane), e l'introduzione di esso dev'essere fatta molto lentamente per evitare i noti pericoli dell'ingresso troppo rapido dei gas nel sangue, ed in una delle vene le più lontane dal cuore, come, ad esempio, la safena esterna. Avvertasi poi che per ottenere l'intento, in alcuni casi bisogna ripetere l'introduzione dell'ossigeno nel sangue. Per questa operazione non deve adoperarsi una siringa, ma invece un apparecchio che permetta di costatare facilmente la corrente gassosa e di rallentarla o sospenderla anche in modo istantaneo, ove occorra. Gli autori hanno finora adoperato un apparecchio d'invenzione di uno di essi (Casse), ma ora intendono di sperimentarne un altro perfezionato.

Emicrania inveterata; uso dei confetti arsenico-bromati, guarigione. (*Revue de thérapeutique medico-chirurg.*).

La signora V....., dell'età di 40 anni, era soggetta ad eccessi di emicrania che ricorrevano due o tre volte alla settimana. Ad intervalli brevissimi le si sviluppavano inoltre delle crisi nevralgiche che avevano la loro sede nei rami sotto-orbitale ed occipitale.

La più lieve emozione, la menoma fatica, le veglie prolungate davano luogo allo sviluppo di tali accidenti. Per evitarle, la sig. V....., da lungo tempo, dovette rinunciare al teatro, al quale non poteva assistere senz'essere presa nella sala stessa da un violento accesso d'emicrania.

Li stessi accessi si sviluppavano indubbiamente, e con grande intensità, ad ogni ricorrenza mestruale.

Era raro che passassero otto giorni senza ch'essa provasse l'emicrania, che, ogni volta, s'accompagnava da vomito, e durava da 12 a 48 ore.

La malata aveva sperimentato cure le più diverse. L'insuccesso di tutti codesti tentativi la decise di non più ricorrere, da alcuni anni, ad alcun agente terapeutico.

Ora, ecco ciò che è avvenuto.

Il signor V..... suo marito, venne colpito egli pure da una angina di petto riconosciuta e debitamente constatata con me da due onorevoli colleghi. Sotto l'influenza d'una cura locale destinata a combattere uno stato infiammatorio del midollo cervicale, di un regime severo appropriato, dell'impiego finalmente di confetti arsenico-bromati, egli è oggi quasi radicalmente guarito da un'affezione a torto reputata incurabile (potrei in-

fatti citare un caso molto più grave del presente, nel quale ottenni la guarigione con mezzi diversi da quelli di cui attualmente è questione).

La signora V..... avendo constatato gli eccellenti effetti dei confetti del dott. Gelineau sopra suo marito ebbe (compiono ora otto settimane), l'idea di farne ella stessa uso, in vista di tentare di sbarazzarsi dell'emicrania.

Fino dai primi giorni essa si è posta sotto la dose giornaliera, ed un po' forte *ex abrupto di quattro confetti*. Continua ancora ogni giorno questa medesima dose, ch'è risoluta di non sospendere così presto.

Sotto l'influenza di questo farmaco, tranne un lieve accesso sopraggiunto nei primi giorni della cura, emicrania e nevralgia hanno completamente cessato di riprodursi. Da quest'epoca, impunemente, la signora V..... fa lunghe corse e va al teatro. In una parola, la guarigione mi sembra radicale.

Ho creduto bene di pubblicare questo fatto così rimarchevole, pel solo desiderio di essere utile a quelli de' miei simili che potrebbero trovarsi in una così triste situazione come quella che ha provato la signora V.... durante tanti anni.

Emicrania, cura preventiva. (*Tribune méd.*).

Il bromuro di potassio fornisce un'eccellente cura preventiva contro l'emicrania, quando però l'emicrania è idiopatica e non sintomatica di un'affezione cerebrale organica. Per riuscire in questa cura, il farmaco dev'essere amministrato a dosi sufficienti ed in un momento opportuno. Tale momento d'opportunità è l'esordire dell'emicrania segnalato da una sensazione particolare di pesantezza in uno dei globi oculari od al disopra dell'orbita di un lato.

Il bromuro di potassio arresta, e per conseguenza previene allora l'emicrania. Più tardi quando l'accesso è determinato, è appena s'egli attenua l'intensità del dolore.

Ecco come si deve amministrarlo:

Pr. Bromuro di potassio puro . . . grammi 5 a 6
Infuso di tiglio raddolcito con zucchero ed aromatizzato con alcoolato di menta . goccie 1 a 2

Da prendere a sorsi successivi nello spazio di un quarto d'ora a venti minuti.

Tale dose di bromuro serve per l'adulto; per le donne invece, soli grammi 5 e pei bambini da 2 a 3.

Enterite interstiziale; cura; di Wannebroucq, prof. alla Scuola di Lilla. (*Congrés de Lille*, 1874).

L'autore ha fatto una comunicazione sopra questa enterite al congresso scientifico di Lilla; ecco ora il riassunto di tale comunicazione.

Quasi tutti gli autori hanno, fino ad ora, confuso e descritto, sotto il nome generico d'enterite, le differenti forme che può presentare, al difuori d'ogni eziologia specifica, l'infiammazione intestinale.

Ora, una di coteste forme, merita uno studio distinto che s'impone a nome dell'anatomia patologica e dell'osservazione clinica.

Codesta varietà d'enterite, frequentissima pei pratici che sanno riconoscerla, è quella che fu denominata talvolta enterite membranosa, pseudo-membranosa, crupale, e ch'io propongo di chiamare enterite interstiziale, in opposizione all'enterite catarrale o superficiale, da cui differisce essenzialmente.

L'enterite interstiziale occupa quasi esclusivamente l'intestino grasso in totalità od in parte. Comprende a titolo di sotto-varietà, le infiammazioni localizzate quanto alla sede anatomica, alle quali fu dato nome di tifilite, di colite, di dissenteria sporadica.

Le lesioni ne sono più profonde, più gravi di quelle dell'enterite catarrale o superficiale; si estendono oltre la mucosa, e sovente a tutte le tonache intestinaii ed al tessuto connettivo interposto. Fra le altre differenze sintomatiche, devesi segnalare la stitichezza abituale, l'espulsione colle dejezioni alvine di pseudo-membrane e di materie adipose o gelatiniformi.

Codesta malattia, in opposizione all'enterite catarrale, ha la più grande tendenza di passare allo stato cronico, e può durare allora un tempo indeterminato, fino ai 20 e 30 anni.

Sotto questa forma cronica, induce sovente, coll'ipocondria, lo sviluppo, per azione riflessa, di sintomi nervosi multipli isteriformi, anche nell'uomo.

La diagnosi è spesso trascurata, se non si pensa all'esame indispensabile delle materie evacuate.

La cura non ha duopo di specifici; s'appoggia sull'osservazione rigorosa di tutte le regole dell'igiene, e sull'applicazione di alcuni farmaci appropriati ai sintomi ed allo stato generale.

Febbre tifoidea; cura coll'aconito; di Carlo Deshayes, medico aiuto all'Ospedale Hôtel-Dieu di Rouen. (*Gaz. hebdomadaire* e *Gaz. des hôpitaux*).

Nell'ultima epidemia di febbre tifoidea ch'ebbe luogo nella città di Rouen, l'autore ha inaugurato un nuovo metodo di cura, che sembra destinato a rendere grandi servigi nella pratica medica. Trattasi della cura della dotienenterite coll'aconito.

Sopra 50 malati colpiti da febbre tifoidea e trattati coll'aconito, tanto in città che all'Hôtel-Dieu da Deshayes ed il suo collega il dottor Levasseur, 48 sono guariti, e dei due decessi, uno era in convalescenza confermata quando scoppiarono gli accidenti pei quali moriva; l'altro presentava, quando il medico fu chiamato a curarlo, sintomi già troppo gravi perchè la malattia potesse essere guadagnata. Risulta infatti dalle ricerche di Deshayes che la cura coll'aconito non è efficace che a condizione di venire impiegato fino dai primi giorni dell'apparizione dei sintomi, all'esordire della febbre.

Fra i molteplici preparati farmaceutici dell'aconito, l'alcoolatura, ag-

gradevole al malato, facile ad amministrare, è quella alla quale l'autore accorda la preferenza. La dà alla dose di 1 grammo nelle 24 ore, di 1 grammo 50, ed eziandio 2 grammi, se i sintomi continuano ad aggravarsi. È raro nullameno che siavi bisogno di ricorrere a quest'ultima, e che la dose di 1 grammo 50 non basti a togliere gli accidenti che non hanno ceduto alla dose abituale.

Nello stesso tempo, Deshayes sottopone i suoi malati al metodo rinfrescante, ed è la combinazione di questa doppia cura ch'egli chiama regime aconitato.

Perciò, in presenza di una dotienenterite, Deshayes prescrive immediatamente il regime seguente:

1.° Pozione con acqua distillata 120 grammi; alcoolatura d'aconito 1 grammo; acqua di fiori d'arancio q. b. Da prendere nelle 24 ore a cucchiai.

2.° Brodo di bue o di vitello, secondo che la febbre tifoidea riveste la forma infiammatoria o adinamica. Una tazza ogni due ore.

3.° Una tazza di tiglio-arancio a volontà.

4.° Se esistono fuliginosità alle labbra, ai denti, si striscia sulle parti un pezzo di cedro od arancio, che vi si lascia poi a succhiare lentamente dal malato.

5.° Finalmente, dal momento che gli accidenti febbrili scompaiono per dar luogo alla convalescenza, si cessa l'aconito, e si alimenta progressivamente il malato, al quale si amministra nelle 24 ore la pozione seguente:

Soluzione gommosa	grammi	150
Estratto aquoso . .	»	4
Vino adacquato, indi puro, ecc.		

Tale è la base della cura del dott. Deshayes.

Riguardo alle complicazioni che possono sorgere nel corso della febbre tifoidea, esse vengono combattute coi mezzi ordinari: la cefalalgia, colle compresse d'acqua fredda sovente rinnovate sulla fronte; le emorragie, colla limonata solforica, il ghiaccio, l'oppio ad alta dose, ecc., mantenendo sempre l'aconito. Contro l'ingorgo polmonare, l'autore usa con successo il metodo rivulsivo preconizzato dal prof. Béhier, sostituendo tuttavia i senapismi sovente passati dal davanti al didietro del torace, alle ventose secche, il di cui impiego richiede sempre un certo tempo.

Mercè questo metodo, le complicazioni abituali della febbre tifoidea furono meno gravi e meno frequenti, e mai Deshayes ha riscontrato, quando d'altronde ne esistevano, quegli accidenti spaventosi, come perforazioni intestinali, emorragie, ecc., che rendeva inefficace ogni trattamento di cura. Sempre l'andamento della febbre è stato d'una regolarità perfetta, e di spesso raccorciato.

Moderatore del polso e del calore, l'aconito dev'essere amministrato tanto lungamente fino a che il polso ed il calore rimangono elevati. Ma

il polso essendo una guida delle meno sicure e delle più incostanti, è il termometro solo che indicherà allo stesso tempo e l'andamento del morbo, ed il momento preciso in cui si dovrà cessare l'uso dell'aconito; una temperatura di 38 gradi, od al disotto, è l'indizio d'una convalescenza prossima.

Ecco come si comporta la temperatura sotto l'azione sedativa dell'aconito. In luogo di seguire un cammino costantemente ascendente, come è il caso più comune, nei quattro o cinque primi giorni nelle forme leggiere, nel primo settenario nelle forme gravi, essa rimane sensibilmente la stessa. La più elevata ch'abbia osservato Deshayes è stata di 40,5. Indi a capo di alcuni giorni, il termometro discende progressivamente, per non più risalire, a meno di complicazione o di ricaduta.

A questo momento in cui il termometro accenna la defervescenza, si può cominciare a nutrire il malato, avendo cura nulladimeno di procedere con grandi riserve nell'alimentazione; questa quando è troppo precoce, può determinare una recrudescenza febbrile, che potrebbe essere presa per una complicazione.

L'aconito dev'essere amministrato in tutte le forme della febbre tifoidea, anche nella forma adinamica, in cui la tendenza alle emorragie sembrerebbe dover esser accresciuta da un regime che sembra debilitante: lo si sopprimerà, come è stato detto, quando la temperatura ridiscende a 38° od al disotto, ciò che, in media, ha luogo dopo otto o dieci giorni. Vi sarebbe pericolo a prolungare indefinitamente il suo uso, poichè l'aconito continua ad esercitare la sua azione sull'economia allora eziandio ch'è soppresso per alcuni giorni.

È così che l'anemia cerebrale, la congestione polmonare, sono due complicazioni frequenti nei soggetti sottoposti a questo regime. Ma qui esse non sopraggiungono che nella convalescenza, e non costituiscono un grande pericolo se si ha cura di rinforzare l'ammalato con un regime appropriato.

Nè l'età nè il sesso impongono modificazioni nell'amministrazione dell'aconito.

Finalmente, non è egualmente possibile con questo farmaco, come con tanti altri agenti terapeutici, di jugulare la febbre tifoidea. Deshayes pretende almeno ch'esso sia il più proprio ad imprimerle un impulso favorevole ed una modificazione sensibile.

Ecco ora quali sono gli effetti mediati dell'alcoolatura d'aconito:

Alcuni giorni dopo l'esordire della cura, la pelle dei tifosi, dapprima secca e bruciante, diviene molle ed umida. Lo stesso accade della lingua. Dei sudori più o meno abbondanti annunciano che la defervescenza è prossima.

Nello stesso tempo le urine, da rare e cariche, da rosse e brucianti che erano dapprima, divengono più abbondanti, rimarchevolmente limpide e chiare.

Una nuova eruzione di macchie rosee, molto più confluente, coincide colla defervescenza.

In fine, quasi tutti i malati di Deshayes hanno presentato, ad un grado molto rimarchevole, una desquamazione totalmente simile a quella che sussegue alla roseola. Essa occupa principalmente il palmo ed il dosso delle mani, i membri superiori, il torace e l' addome. Si spiega coll'abbondanza dei sudori che hanno preceduto.

Il Carnauba, copernicia cerifera. (*L' explorateur*).

I dettagli di quest' albero utilissimo, vengono somministrati dall' accennato giornale. Esso cresce senza coltura a Céara, a Rio Grande do Norte, a Bahia. Resiste alla secchezza la più prolungata, e rimane sempre verde e lussureggiante. Le sue radici godono le stesse proprietà della salsapariglia. Il fusto fornisce delle fibre fortissime che acquistano un magnifico splendore, dei pezzi di legno squadrati ed eccellenti per steccati di chiusure. Quando quest'albero è giovane somministra un nutrimento abbondante e sano. Se ne estrae del vino, dell'aceto, una materia zuccherina, ed una specie di gomma che ricorda il *sagou*, per le sue proprietà.

Nelle secchezze eccessive, il carnauba rese immensi servigi ai popoli di Céara e di Rio Grande do Norte. Si fabbricano degli strumenti da musica col legno di carnauba nonchè dei tubi e delle doccie per condurre le acque. La polpa dei frutti ha un eccellente gusto, e la noce oleosa ed emulsiva arrostita e ridotta in polvere tiene luogo del caffè ; si estrae dal tronco un liquido simile a quello del cocco di Bahia ; colla paglia si fabbricano delle treccie, dei cappelli, dei panieri, delle granate. Si esporta ogni anno in Europa grande quantità di questa paglia per la fabbricazione di superbi cappelli. Il valore della paglia di carnauba esportata, come quello dei cappelli ed altri articoli fabbricati sul luogo stesso di produzione, si eleva a 119,500 sterline ogni anno. Si trae dalle foglie del carnauba una cera utilizzata nella fabbrica delle candele. L' esportazione di questa cera raggiunge annualmente la somma di 162,500 lire sterline.

Calomelano; nuovo modo d'amministrarlo; di BATLEY. (*Union médic.*).

Se si macina con cura, dice il dott. Batley, in un mortajo, 6 grani di calomelano e 12 grani di zucchero di canna raffinato, fino a che il miscuglio forma una polvere impalpabile, si rimarca durante la macinazione, che si sviluppa un colore giallo tenue, il quale scompare in breve tempo, ed il calomelano così preparato, gode di una attività notabilmente maggiore che prima della manipolazione a cui fu sottoposto. Per esempio, una dose del miscuglio rappresentante gr. 0,03 di calomelano, provoca scariche biliose ben diverse da quelle che produce il calomelano ordinario.

La dose è la stessa per i bambini come per gli adulti, e sembra meglio riuscire in questi ultimi.

Della puntura del pericardio; di Enrico Roger. (*Bull. Acad. de Paris*, seduta del 19 ottobre 1875).

All'occasione di una osservazione di paracentesi del pericardio indirizzata all'Accademia dal dott. Chairon, il dott. Roger entra in pratiche considerazioni sui grandi spandimenti pericardici e sulla loro cura chirurgica.

Egli si propone di esaminare:

1.° Quali sono le indicazioni e le controindicazioni della paracentesi del pericardio;

2.° Quale è il miglior metodo operatorio;

3.° Quali sono stati i risultati dell'operazione, e quale n'è il valore terapeutico.

I. — L'autore si domanda dapprima cosa debbasi intendere per codesti grandi spandimenti del pericardio che giustifichino e necessitino l'intervento del chirurgo. Una precisione matematica non è possibile qui, poichè la capacità del sacco pericardico varia secondo i soggetti, la loro età e specialmente il modo di sviluppo della pericardite. Fra le due estremità indicate dagli autori (200 a 2000 grammi) i grandi spandimenti sono raramente più di un litro, e si può prendere una media da 500 a 800 grammi.

La diagnosi di tali spandimenti non è sempre facile, malgrado i progressi dell'ascoltazione e della percussione. Gli errori non sono rari, sia che i fenomeni caratteristici (curvatura precordiale, matité, ecc.) manchino, sia che v'abbia coincidenza di complicazioni primitive e secondarie che sviino l'attenzione e facciano non bene apprezzare l'affezione cardiaca. Perciò si possono confondere certe forme più o meno insidiose di pericardite con una dilatazione di cuore, specialmente nei teneri bambini, con uno spandimento pleurico, con tumori solidi del mediastino, e Roger cita alcuni esempi di tali errori commessi da pratici i più distinti, come Desault, Trousseau, Vigla, ecc.

Oltre a questa indicazione capitale della paracentesi, desunta dalla nozione di quantità, ve n'hanno altre che si riferiscono alla natura del liquido raccolto ed alle cause della sua produzione.

Perciò, nella *idropisia* attiva, od idropericardite acuta propriamente detta, la puntura non è nè opportuna nè efficace, imperciocchè l'idropisia del pericardio è una lesione secondaria; essa dipende, come le multiple concomitanti idropisie, da un'affezione organica generale, e la sua durata ed il suo andamento sono subordinati a quelle di quest'affezione.

Nei vasti spandimenti che complicano sovente il corso della pericardite, sotto il punto di vista dell'azione chirurgica, è d'uopo distinguere fra gli spandimenti della flogosi acuta e quelli della flogosi cronica.

Nella *pericardite acuta*, la morte è meno il fatto dello spandimento che il risultato delle alterazioni cardiache simultanee (endocardite, miocardite) come delle altre complicazioni (reumatismo, pleurite, pneumonite, ecc.). Tuttavia, l'intervento chirurgico può essere utile, se v'è cer-

tezza sulla presenza d'uno spandimento pericardico considerevole, e sulla mancanza di complicazioni pleuro-polmonari, l'operazione deve essere tentata ed è di una utilità immediata, poichè fa cessare immediatamente gli accidenti di compressione causati dalla replezione del pericardio sul cuore e sngli organi vicini; ma qui l'operazione non è che un palliativo, imperciocchè, anche supponendo l'evacuazione del liquido effettuata nelle migliori condizioni, ne conseguitano quasi sempre delle aderenze di lamine del pericardio, aderenze che possono divenire il punto di partenza di una malattia organica del cuore.

Nella *pericardite cronica*, l'operazione sembrerebbe a primo aspetto dover riuscire più efficace, ma nulla di ciò, poichè essa si dirige contro lesioni secondarie che persisteranno dopo l'uscita del liquido e comprometteranno la guarigione finale; inoltre, devesi tener conto della presenza delle false membrane che trasformano talvolta le lamine esterne del pericardio in un guscio denso, che rende impossibile l'assorbimento del liquido e si oppone al ravvicinamento ed alla aderenza delle due lamine pericardiche. Malgrado tali condizioni sfavorevoli, la puntura dev'essere fatta se lo spandimento è il risultato di una flogosi pura del pericardio, e se non vi sono lesioni cardiache; ma l'operazione è assotamente controindicata, se esiste complicazione di tubercolosi; nei casi in cui l'esistenza di quest'ultima è soltanto un dubbio, l'intervento chirurgico può tornare utile.

Nei casi di pericardite *purulenta* si deve seguire la regola di condotta applicabile a tutti gli ascessi, e l'operazione è perfettamente indicata; ma non c'è luogo da pensare alla paracentesi quando la pericardite è *emorragica* o sopraggiunga nel corso di una settica od infeziosa come l'infezione purulenta, la febbre puerperale, l'osteomielite acuta, ecc.

II. — L'operazione riconosciuta necessaria, qual è il *miglior processo operatorio ?*

Una prima questione da esaminare è quella di sapere in qual punto preciso del torace si dovrà immergere l'istrumento.

Questo punto dev'essere determinato dai rapporti normali degli organi e delle deviazioni ch'essi subiscono pel fatto stesso delle lesioni patologiche. Roger indica come luogo d'elezione il quinto spazio intercostale, al punto intermedio fra lo sterno ed il capezzolo, un po'più vicino a quest'ultimo, a condizione che lo strumento penetri con un corpo diretto dal davanti al didietro. Operando così, non si rischia di ferire nè la mammaria interna, nè il diaframma, nè il fegato, nè il cuore, nè il polmone, nè la pleura.

Riguardo agli *strumenti*, il chirurgo dovendo operare in una regione strettissima ed in vicinanza d'organi importanti, più il trequarti sarà piccolo, meno correrà pericoli d'accidenti; perciò Roger non esita a raccomandare gl'*istrumenti capillari*, preferibili al trequarti, anche di piccolo calibro, che s'impiegava primitivamente. Rigetta assolutamente l'incisione preventiva con una lancetta od un bistorì, come la si prati-

cava altra volta; essa non gli sembra d'alcuna utilità. L'impiego degli aghi implica necessariamente, come complemento, l'uso degli apparecchi espiratori (apparecchio Dieulafoy, apparecchio Potain, ecc.), che permettono l'evacuazione completa del liquido raccolto.

Roger crede infine che le injezioni medicamentose ed i lavacri ripetuti, tanto utili nella toracentesi e tanto necessari dopo l'empiema, siano impraticabili nella puntura del pericardio.

III. — Per quanto si riferisce al valore terapeutico di quest'operazione, esso è molto incerto se si consultano i fatti pubblicati.

Risulta, infatti, da una statistica di 14 casi, che si ebbe un numero considerevole di morti e pochissime guarigioni. Codesti fatti si dividono in due categorie: nella prima che comprende sette malati, la morte è avvenuta pochissimo tempo dopo l'operazione, e può, fino ad un certo punto, esserle attribuita; nella seconda, che comprende tre individui, i malati sopravvissero un numero di settimane o di mesi sufficiente perchè il termine fatale non debba essere posto a carico dell'operazione, ma attribuito alla pericardite stessa od alle sue complicazioni.

In confronto di tali risultati sfavorevoli, Roger non ha trovato che un solo caso di guarigione completa e tre di guarigione incompleta.

Riassumendo, la statistica si riduce come segue: 5 casi di guarigione *incomplete*, un solo caso di guarigione *assoluta* sopra 14 operazioni. Come si vede, la proporzione è poco incoraggiante.

Roger conclude il suo lavoro che, malgrado i progressi innegabili compiuti dalle manovre operatorie, la paracentesi del pericardio è e resterà, fino a nuovo ordine, un atto ardito. Non devesi nulladimeno esitare a praticarla all'evenienza secondo l'assioma di Van Swieten: «*potius anceps remedium quam nullum.*»

Cura della vertigine di Ménière col solfato di chinina; del prof. Charcot. (*Progèrs. Médic.* N. 50, p. 733).

Charcot ha fatto nel 1874, sopra una malata nel suo servizio alla Salpêtrière, una prima lezione nella quale diede una descrizione originale precisissima della vertigine di Ménière, descrizione che è stata riprodotta nella maggior parte dei periodici di medicina francesi e stranieri. Si possono riassumere così i principali sintomi di questa specie di sindrome che si riscontra nelle diverse affezioni dell'orecchio: stato vertiginoso abituale, grandi crisi vertiginose annunciate dalla sensazione che succede al fischio di un improvviso movimento di trasporto in seguito del quale il malato si crede tosto, come per impulso d'una forza esteriore, precipitata o in avanti, o all'indietro; finalmente, perdita della conoscenza, nausee ed in qualche caso vomiti. Talvolta l'allucinazione motrice non è puramente dello spirito, ed i malati, effettivamente trascinati dalla vertigine, cadono goffamente sulla faccia.

In una seconda lezione, fatta nel 1875 Charcot ha più specialmente insistito sulla cura. Dopo di avere ricordato: 1.° che la vertigine di Ménière guariva in certi casi spontaneamente, a spese d'una sordità estre-

mamente intensa; 2.° ch'ebbe occasione d'applicare dei punti di fuoco sulla apofisi mastoidea, ma con mediocre risultato, ha esposto i successi veramente rimarchevoli ottenuti in parecchie circostanze, dall'uso del *solfato di chinina.*

In uno dei casi che ha riferito, il solfato di chinina è stato dato alla dose di gr. 0,50 ad un grammo al giorno, in modo regolare — tranne alcune interruzioni di qualche giorno, necessitate da dolori gastrici, pel corso di tre mesi. Sotto l'influenza di questo farmaco, così amministrato, i fischi acuti hanno diminuito, indi cessato, e nello stesso tempo sono scomparse le grandi crisi vertiginose. Il ronzio fu sostituito da un rumore del tutto diverso nel suo carattere e che sembrava dover essere prodotto dall'azione della chinina. Il malato che, prima dell'istituzione di questa cura, era condannato al riposo il più assoluto nel suo letto, può oggi levarsi e camminare nelle corti dell'ospedale. Un altro caso, non meno preciso, perora una volta ancora in favore di questo modo di cura, che consigliamo d'impiegare, presentandosene l'occasione.

Protossido d'azoto; di Tony Blanche. (*Annuair de Thérap. di Bouchardat*, 1876).

Da tutte le esperienze fatte sul protossido d'azoto, un fatto capitale emerge per noi; ed è l'asfissia che avviene negli individui sottoposti all'inalazione di questo gas, asfissia manifesta per sintomi indiscutibili. In tutte le esperienze riferite, abbiamo rimarcato codesti sintomi, ed in occasione di una prima comunicazione fatta a nostro nome dal dott. Jolyet alla *Société de biologie*, i dottori Charcot, Blot, Laborde, Dumontpallier, hanno dichiarato di avere constatato egualmente il colorito violaceo della faccia, il rallentamento della respirazione, ecc.

« Stato estremamente grave, dice il prof. Charcot, che ricorda certi fenomeni dell'agonia. » Citiamo finalmente la nota del dottor Magitot, scritta a proposito di questa comunicazione: « Io divido intieramente, dice Magitot, il parere espresso da Charcot e Blot, in quanto riguarda l'uso chirurgico di questo gas. Il numero di casi di morte *conosciuti*, si aumentano di giorno in giorno, ed in tutti quelli che sono stati alcun poco studiati, l'accidente è stato il risultato dell'asfissia. Alcune autopsie furono praticate, ed hanno dimostrato pienamente questo meccanismo. »

Indarno viene allegata la cattiva preparazione del gas sperimentato per spiegare l'asfissia. Il solo fatto che possa spiegare la sua apparente superiorità sugli altri anestetici, è che dentisti prudenti non ne fanno inalare che deboli quantità.

Dei pericoli di confronto fra l'anestesia prodotta dall'etere, dal cloroformio, dal bicloruro di metilene e dal protossido d'azoto; di Andrews. (*Lyon Médic.*).

Secondo il professor Andrews, del collegio medico di Chicago, i diversi agenti anestetici avrebbero dato, fino ad ora, la mortalità seguente:

Etere: 1 morto sopra 23,204 operazioni.

Cloroformio: 1 morto sopra 2,723.

Cloroformio ed etere mescolati: 1 sopra 5,588.

Bicloruro di metilene: 1 sopra 7,000.

Questi risultati furono tratti da una statistica di 209,823 casi di anestesia. Sono tali da stabilire la superiorità dell'etere sul cloroformio. — Tenderebbero eziandio a far riguardare il protossido d'azoto come meno pericoloso dell'etere. Sventuratamente havvi una eccezione da fare al lavoro del medico americano. Sarebbe necessario, per giudicare con perfetta cognizione di causa, i fatti di cui egli dà il riassunto, conoscere la durata e l'importanza delle operazioni praticate durante l'anestesia. Il protossido d'azoto viene impiegato piuttosto dai dentisti che dai chirurgi, cioè quando non è richiesta che una anestesia di pochissima durata, e non v'è confronto da fare, sotto il punto di vista dell'innocuità, fra il fatto d'addormentare un malato pel tempo soltanto necessario per l'estrazione d'un dente e quello di ricorrere all'anestesia per la durata di una operazione chirurgica, talvolta lunga e talvolta anche praticata sopra un individuo gravemente indebolito dalle circostanze anteriori. — Noi crediamo, che se si applicasse il protossido d'azoto alla grande pratica chirurgica, sarebbe uno dei più pericolosi anestetici.

Ailante ghiandulosa (vernice del Giappone). (*Tesi di Parigi*).

È codesto un farmaco pochissimo noto che venne usato come antelmintico dal dottor Hèlet, e contro la dissenteria da Robert, Dujardin-Beaumetz e Giraud. In 29 casi di dissenteria e diarrea curati coll'infuso di ailante glandulosa, 17 ebbero risultati soddisfacenti, gli altri un miglioramento passeggiero.

Bankoul; del dott. Heckel. (*Compt. rend. Acad. Sciences, e Sperim. 4.°*)

Alla noce ed all'olio di Bankoul, il Corewinder attribuisce proprietà eminentemente purgative, analoghe a quelle del ricino, ma Heckel invece, avrebbe verificato che la sua azione eccoprotica è appena superiore a quella dell'olio di mandorle dolci. Occorrono 80 grammi d'olio di bankoul per ottenere due o tre evacuazioni alvine. Questo farmaco si riguarda dai botanici come il grano d'una euforbiacea, l'Abuntes tribola, della Cocincina, delle Molucche, delle isole del Pacifico, ecc. La noce contiene circa il 72 per 100 d'olio resinoso.

Clisteri freddi, loro azione fisiologica, e loro uso terapeutico nella febbre tifoidea; del dott. Foltz. (*Lyon Médic.*).

Mostra l'autore come i clisteri freddi ad 8 gradi allo stato fisiologico facciano abbassare e il polso e la temperatura; la quantità d'acqua da amministrare dev' essere di un litro per un adulto, di un mezzo litro per un giovine e di un quarto di litro per un bambino. Riguardo alla temperatura del clistere, Foltz ha rimarcato come il clistere da 10 a 20 gradi abbia abbassato il polso di 6 battiti, come da 20 a 30 gradi lo rallenti di 3 battiti; finalmente, da 30 a 40 gradi possa ancora rallentarla di 2 battiti. Ecco d'altronde le conclusioni di Foitz:

1.° Il clistere freddo ha un'azione fisiologica locale e generale.

2.° L'azione locale consiste in una sensazione di freschezza susseguita da contrazione intestinale.

3.° L'azione generale produce il rallentamento del polso, la diminuzione della temperatura animale ed il sollievo del sistema nervoso. Spegne la sete, stimola l'appetito ed aumenta le secrezioni.

RIVISTA DI ODONTOJATRIA

del dottor M. L. FARAONI

Foix — *Dei tumori solidi dei mascellari.*

Gadaud — *Osteoma del mascellare superiore, ablazione parziale dell'osso, guarigione.*

Haas — *Alcune osservazioni di necrosi fosforica dei mascellari.*

Magitot — *Risanamento delle fabbriche di fiammiferi, ove si manipola il fosforo.*

Dolbeau — *Della carie dentaria.*

Rindfleisch — *Alterazione dei denti; carie.*

Dolbeau — *Della periostite alveolo-dentaria.*

Id. — *Dell'osteo-periostite alveolo dentaria.*

Letievant — *Due casi di nevralgia, l'una sopraorbitale, l'altra dentale, curata colla recisione del nervo.*

Panas — *Resezione intraorale del nervo buccale.*

Mosetig e Moorhoe — *Resezione intraorale del nervo dentale inferiore eseguita col metodo del prof. Paravicini.*

Schoenborn — *Resezione del nervo alveolare inferiore.*

Lardier, Lecuyer e Magitot — *Dei mezzi per calmare i dolori prodotti dalla carie dei denti.*

Smith — *Mistura contro l'odontalgia.*

Id. — *Anestesia locale mediante l'acido fenico.*

Horwath — *Nuovo metodo di anestesia locale.*

Polli — *Topico per anestesia locale.*

Caminiti — *Collodione morfinato.*

Lafitte — *Injezione sottocutanea d'acqua pura.*

Faraoni — *Nota.*

Althans — *Anelettrotono dei nervi dentali nell'odontalgia.*

Duckworth — *Il bicarbonato di soda contro l'odontalgia.*

Luton — *Trattato delle injezioni sotto-cutanee ad effetto locale, modo di trattare le nevralgie, ecc.*

Bartholon — *Delle injezioni profonde di cloroformio contro la prosopalgia.*

Walker — *La prosopalgia curata col ghiaccio.*

Winderling — *Del protossido d'azoto impiegato come anestetico nell'estrazione dei denti.*

Faraoni — *Nota.*

Blanche — *Ricerche sperimentali sul protossido d'azoto.*

Darin — *Del modo d'azione degli anestetici e del valore comparativo del protossido d' azoto, dell' etere e del cloroformio come agenti di anestesia chirurgica.*

Andrews — *Dei danni comparati dell' anestesia prodotta da diversi agenti.*

Williéme de Mons — *Lettura sull'anestesia chirurgica, sottoposta allo studio dei componenti la 2.ª sezione di chirurgia, del Congresso medico internazionale per la 4.ª sezione periodica in Bruxelles 1875.*

Bourdin — *Evoluzione dèntaria tardiva; accidenti gravi.*

D'Echerac — *Terza dentizione all'età di 73 anni.*

Ebstein e See — *Trattamento della salivazione col mezzo dell'atropina e della morfina.*

Maunder — *Tumore delle parti laterali del mascellare inferiore, esportato senza incisione esterna.*

Dave — *Un caso d'ascesso del seno mascellare.*

Gandolphe — *Solubilità del borato di soda nella glicerina.*

Wagner — *L'acido salicilico per gargarismo.*

Carstens — *Cura della dissenteria da dentizione senza oppio.*

Giornale di corrispond. pei dentisti — *Nuovo regolamento per conseguire il diploma in odontojatria in Inghilterra.*

Solger — *Anchilosi ossea congenita dell'articolazione temporo-mascellare sinistra.*

Ogston — *Deformità congenita del mascellare inferiore.*

Masse — *Evoluzione straordinariamente rapida di un dente in un bambino di sei settimane.*

Brosike — *Casi di cisti mascellari.*

Maurel — *Delle fratture dei denti.*

Id. — *Delle lussazioni dentarie.*

Dei tumori solidi dei mascellari; Rivista critica del dott. Forx. (*Archives générales de médecine*).

È un eccellente elaborato, di circa dieciotto pagine, nel quale l' Autore si accinse a prendere in considerazione quanto scrissero: Broca, Virchow, Heath, Salter, Forget, Guyon, e Tomas, per ritrarne le impressioni che gliene derivarono a profitto dei cultori della scienza.

La frequenza delle affezioni vitali ed organiche dei mascellari ha da

tempo richiamata l'attenzione degli osservatori (così l'Autore). Per convincersene basta osservare i trattati intitolati alle malattie del sistema osseo od ai tumori delle ossa. È assai raro che non si trovi in prima linea, come sede prediletta, l'uno o l'altro mascellare, od entrambi. Ma dopo avere constatato il fatto, l'Autore si ferma ed ammutolisce allorchè trattisi d'interpretare, o si accontenta di accennare ad ipotesi vaghe, senza un serio fondamento anatomo-fisiologico. Non pertanto eccepiamo le infiammazioni, le carie e le nevrosi; ognuno sa come e quanto sieno affini alle lesioni del sistema dentale. Solo da qualche anno, dopo che coscienziosi studi ci appresero a meglio conoscere il modo di sviluppo, l'anatomia, la patologia dell' organo dentario, fummo illuminati sulla patogenia d'un certo numero di affezioni organiche dei mascellari. Così si è d'accordo nell'attribuire un' origine dentaria alla grande maggioranza se non alla totalità delle cisti dei mascellari. Questo soggetto fu trattato con troppa autorità e talento dal Magitot, perchè si abbia a ritenere nè utile nè prudente di riparlarne. Ma è ben altra la questione de' tumori solidi. Quivi le divergenze che si rimarcano ad ogni piè sospinto, anche allorquando si è d'accordo sulla massima, si trova sovente nella maniera di ravvisare i fatti e le loro conseguenze tale una differenza, che ci potremmo credere in un disaccordo assoluto.

Il fare conoscere queste discrepanze, sia fondamentali, sia d'interpretazione, esporre in breve le conseguenze che ne derivano, le ragioni invocate all'appoggio di ciascuna delle opinioni, tale è lo scopo che l'Autore si propone.

Divide quindi i tumori solidi dei mascellari in due gruppi bene distinti: 1° I tumori circoscritti, perfettamente od imperfettamente incistati; 2° i tumori infiltrati o diffusi; i quali gruppi vogliono essere studiati separatamente.

1° *Tumori circoscritti più o meno perfettamente incistati.* — Questi tumori assai bene descritti per la prima volta da Dupuytren, sono generalmente conosciuti col nome di cisti a contenuto solido o misto delle ossa. I loro caratteri principali si ponno riassumere come segue: tumori di consistenza variabile, carnosa, fibrosa, ossea, situati in una cavità ossea, aderenti per poca estensione al tessuto proprio dell'osso, che, subito compresso, finisce ad essere assorbito; la parete ossea è talvolta rivestita alla sua faccia interna d'una membrana cellulosa d'apparenza sierosa (tumore perfettamente incistato), mentrechè altre volte il tessuto osseo si trova a contatto immediato col prodotto morboso senza interposizione d'una membrana propriamente cistica (tumore imperfettamente incistato). In altri casi finalmente il tumore è semplicemente circoscritto; esso aderisce al tessuto osseo ambiente, ma senza mandare dei prolungamenti. Nello stato attuale delle nostre cognizioni è impossibile il determinare in quale proporzione si osservino nei mascellari queste tre varietà; le stesse osservazioni le più diffuse, sono troppo spesso prese unicamente dal lato pratico, e di solito non vi è fatta alcuna nota sulla

presenza o meno d'una membrana cistica, nè del grado d'aderenza del tumore.

Benchè questi tumori non appartengano esclusivamente ai mascellari, pure hanno una predilezione così marcata per questa parte dello scheletro e più particolarmente per il mascellare inferiore, che la questione di patogenia non potè mancare d'essere tosto o tardi sollevata. Da principio fu risolta con delle ipotesi; si ammise che i tumori fibrosi o fibro-cellulosi si sviluppassero a spese del connettivo, che trovasi nel tragitto dei vasi dentari, e più specialmente nel canale dentario inferiore. Forget non indugiò a rettificare questo errore relativamente al canale dentario, dimostrando che le cisti a contenuto solido quanto quelle a contenuto liquido erano situate primitivamente al disopra del canale e senza comunicazione con esso.

Robin fu il primo che riconobbe ed espose chiaramente l'origine di un certo numero di questi tumori. La sua *Memoria su una specie di tumori formati a spese dei bulbi dentari* è basata sull'esame di tre tumori. Il primo esportato da Letenneur di Nantes (1859), presentava ad occhio nudo i caratteri del fibroma, e sotto il microscopio, per un anatomico che non avesse conosciute le modificazioni fetali successive del bulbo dentario e dell'organo dello smalto, quelli d'un tumore fibro-plastico propriamente detto; ma, per la disposizione de' suoi elementi, presentava una analogia completa colla tessitura del bulbo allo stato fetale. Negli altri due casi i tumori, esportati da Nelaton, presentavano la stessa struttura fondamentale, e contenevano inoltre dei *grani dentinari*. Anche Broca nel 1863 comunicava alla società di chirurgia un caso somigliante di tumore in via di dentificazione.

Fu quindi messo in evidenza essere questi tumori incistati d'origine dentale, e patogeneticamente ravvicinati ad altri tumori incistati e che, mercè il loro stato di dentificazione più avvanzata, avevano potuto essere connessi alla loro vera origine (Oudet, Wedl). La dimostrazione doveva essere resa completa dalle pazienti investigazioni di Broca. Partendo dalla struttura e dallo sviluppo dell'organo dentario, il professore della Facoltà di Parigi giunse a fare di questi tumori una tavola delle più complete, a raggrupparli, a sistematizzarli, a farne, per così dire, la storia naturale.

Lo sviluppo dell'organo dentale, secondo Broca, comprende quattro periodi: l'embrioplastico, l'odontoplastico, il coronario ed il radiculare. Perciò ogni tumore, che si sviluppa per ipergenesi dei tessuti dell'organo, ad uno qualsivoglia di questi periodi viene designato sotto il nome di *odontoma* e distinto col rispettivo aggettivo. In tal guisa si hanno vantaggi ed inconvenienti. Gli odontomi coronarii, siano circoscritti o diffusi, occupano sempre la corona dei denti, sia sotto forma di escrescenze circoscritte, analoghe alle verrucche (denti verrucosi di Salter), sia sotto forma di ipertrofie diffuse, che ponno estendersi od a gran parte o a tutta la corona e che perciò toccano talvolta un volume mostruoso. Gli

odontomi radiculari hanno per sede le radici e sono costituiti dall'ipertrofia circoscritta o diffusa del cemento (varietà cementaria); la varietà dentinaria dovuta nell'ipertrofia dell'avorio non è stata osservata. Diversamente, negli odontomi embrioplastici è assai raro che il tumore conservi la struttura del bulbo dentario a questo periodo; esso offre i caratteri assegnati da Virchow al mixoma delle ossa in un caso; in quello presentato da Debove alla Società anatomica (1872), la massa carnosa, floscia, presentava alla superficie delle eminenze papillari analoghe per forma e struttura alla papilla dentale, d'onde il nome di mixoma papillare, sotto il quale fu presentato. Spesso la struttura del tumore è più avanzata, l'odontoma è fibro-plastico o fibroso. Così avviene per gli odontomi del secondo periodo; ora, come nel primo caso di Robin, il tumore è fibro-plastico, ora al contrario è fibroso con o senza grani dentinari, con o senza smalto, d'onde suddivisioni assai complicate.

La teoria di Broca fu specialmente in Germania eccepita; ma esaminandone le divergenze, bisogna pur segnalare l'accordo di fatto sulla questione fondamentale, poichè accogliendo le denominazioni di Debove e Virchow, senza dubbio l'origine del tumore è esclusivamente dentaria. Altra differenza non resta che Broca partiva dalla patogenia, Virchow ed i suoi seguaci dall'istologia; quindi nessuna delle due scuole è esclusiva, la patogenica tiene largo conto della struttura e l'istologica fa intervenire a tempo e luogo la patogenia.

Sembrerebbe adunque che quivi non si trattasse che d'una questione di vocaboli, e sotto il pretesto di maggiore vigore scientifico questi Autori fanno ricadere la parte utile dell'argomento nella medesima confusione, ove esso si trovava prima delle ultime ricerche patogeniche. Virchow, nella sua patologia dei tumori, sta troppo sulle generali; nella descrizione dei fibromi delle ossa, del modo di comportarsi col tessuto osseo ambiente, ecc., non dice parola dell'influenza, che può esercitare il germe dentario nello sviluppo di questi tumori. Secondo lui, il fibroma dei mascellari si sviluppa, come quello delle altre ossa, a spese del tessuto osseo o di quello del midollo; solo assevera la maggior frequenza nei mascellari che nelle altre parti dello scheletro. Finalmente consacra la 17ª lezione alle iperostosi parziali della faccia, ed in essa viene a segnalare la possibilità della formazione di certi mixomi iperplastici, di certi tumori fibrosi per proliferazione del germe dentario.

Per Broca invece i tumori dei mascellari hanno una patologia speciale; l'intiero gruppo di queste produzioni morbose ha origine dall'ipergenesi de' tessuti transitori o definitivi dei denti. Questi tumori, qualunque ne sia la struttura, presentano all'obbiettivo patogenico, diagnostico, prognostico e terapeutico delle analogie tali, che debbono essere nettamente separati dagli altri e designati sotto un nome speciale, in rapporto colla loro origine (odontomi). Questi tumori sono incistati, come il germe dentario d'onde derivano, situati com'esso nello spessore dei mascellari, salvo rare eccezioni, nella parte di queste ossa ove si svi-

luppano normalmente gli organi dentari, al disopra del canale dentario inferiore, o nella porzione alveolare del mascellare superiore, non aderenti com'esso al tessuto osseo ambiente che per una piccola superficie, talora separati dal resto della cavità ossea da una membrana cellulosa rappresentante il follicolo staccato, talvolta in contatto immediato di essa in conseguenza della fusione del follicolo col corpo del tumore, talora infine aderenti al tessuto osseo, come sequela di fenomeni infiammatori analoghi a quelli che producono in certi casi la sinostosi della radice dell' alveolo. Essi offrono una struttura variabile, ma sempre in rapporto con quella dell'organo al periodo nel quale essi ebbero origine; *qualunque sia la loro struttura*, essi sono essenzialmenti benigne, e tale benignità è dovuta alla loro origine, non presentando altro danno che quelli risultanti dai fenomeni infiammatori, di cui sono causa. In fine si ponno enucleare, e la loro estrazione permette sempre di rispettare la continuità dell'osso, a meno che questo non sia stato troppo disteso ed assottigliato.

A questi caratteri principali, ai quali devesi aggiungere l'apparizione all'età di 2, 8, 10 anni, l'assenza di uno o di più denti nel rango dentale, la frequenza maggiore a livello dei denti, di cui l'evoluzione è più lunga (molari), non è difficile di riconoscere i tumori fibrosi o fibro-cellulosi di Dupuytren, e certi casi di mixoma, di fibroma e di sarcoma sviluppati nella giovane età.

Non tenendo conto, per la descrizione, che dei caratteri istologici, e collocando i mixomi, i sarcomi, i fibromi rispettivamente fra loro, si esporrebbe al certo a falsare la patologia dei tumori dei mascellari e per contracolpo quella dei tumori delle ossa in generale. Infatti l'eziologia ammette l'età giovanile fra le epoche della vita, in cui si sviluppano frequentemente dei tumori, che non apparirebbero se non a età più matura; la sintomatologia assegna un' andamento talora lento assai a dei tumori, che d'ordinario vanno più spediti (tumore fibro-plastico, sarcoma), dimostrando il pronostico ed il trattamento, degli esempi di guarigione per semplice ablazione di tumori che, avendo un' altra origine, avrebbero richiesta la resezione od altra grave operazione chirurgica.

Questi inconvenienti si riferiscono in ispecie al sarcoma, di cui conosciamo la malignità relativa, la tendenza a riprodursi, sul luogo o nei gangli, lo svilupparsi di solito fra i 18 ed i 35 anni. Alcuni di questi tumori, tumore fibro-plastico di Lebert, sarcoma fascicolato dei tedeschi, presentano nei mascellari una benignità rara; al fatto di Letenneur di Nantes, si può aggiungere uno simile osservato da Heath, citato da Tomes: il tumore era completamente incistato e riuscì facile enuclearlo; l'esame microscopico dimostrò trattarsi d'un tumore fibro-plastico ed il pronostico fu per la recidiva. Ma essa non ebbe luogo.

Non v'ha dubbio, che esistano ai mascellari dei tuomri circoscritti ed anche imperfettamente incistati, la cui origine non dipende punto dall'evoluzione dell' organo dentale. Similmente è rimarchevole come lo

incistamento imperfetto di questi tumori è più frequente ivi che nelle altre parti dello scheletro. Così E. Nelaton ha potuto distinguere una varietà incistata nella sua storia dei tumori a mieloplasto, A. Cooper riferì un caso di condroma incistato ed enucleabile, Heath e Pean ciascuno un caso di cancro, che presentava la stessa disposizione. Come certi fibromi, certi tumori fibro-plastici possono essere incistati senza che nella loro sede, nello stato del rango dentale, nulla ci autorizzi a considerarli come odontomi. Notiamo tuttavia con Broca che nè la sede del tumore, nè la presenza completa dei denti potrebbero essere ragioni sufficienti, per non considerare odontoma un tumore, che del resto ne offre i caratteri nel caso, per esempio, di incistamento perfetto. E meno quello del dente, ai denti inclusi o quello d'odontoma alle masse d'avorio che furono riscontrate talora in diverse parti dello scheletro dei mascellari ed in particolare alla base dell' orbita, nello spessore della volta palatina, ecc. Il germe dentario fuori di posto o sopranumerario può, infatti, come il germe normale, divenire il punto di partenza d'un odontoma eterotopico.

Risulta da questa tendenza ad incistarsi, comune ad un certo numero di tumori dei mascellari, che il diagnostico, sempre delicato, è spesso difficile ed anche impossibile, che il dubbio sulla natura di alcuni di questi tumori può altresì persistere sino sulla tavola necroscopica o sotto il microscopio. All' appoggio di tali ragioni si potrebbe negare l' utilità della distinzione stabilita da Broca fra il gruppo degli odontomi ed i tumori della medesima struttura. L'obiezione è seria; ma bisogna pur convenire che, nello stato attuale delle nostre cognizioni, saremmo audaci a volere in una descrizione dogmatica, stabilire assolutamente la linea di confine. Ma giacchè è impossibile, stante la via appena tracciata e poco praticabile, non devesi concludere a rinunciarvi per seguire le antiche orme. Riconosciuto vero il principio, è dovere di ciascuno, non di discuterlo, ma di controllarne accuratamente l'applicazione, e di studiare a cernere i casi ai quali si può applicare, da quelli ai quali è inapplicabile.

Un' altra conseguenza dell' incistamento dei tumori, è la loro più grande benignità. Per ciò soltanto il tumore o non ha connessione, o questa è insignificante, col tessuto osseo; il suo sviluppo è più lento, la massa morbosa aumenta di volume, ma non invade i tessuti ambienti; quella non si sostituisce a questi nel trasformarli; il guscio osseo che vi resiste non subisce altra alterazione che l'allontanarsi ed assottigliarsi delle sue pareti; esso si riassorbe, è vero, ma ciò è in parte compensato dalla produzione di nuovi strati ossei sotto la faccia profonda del periostio. In virtù di tale meccanismo, bene descritto da Virchow, questi tumori sono ritenuti nello spessore dell' osso per un tempo sempre lungo o meno relativamente. Non è che dopo avere guadagnato il guscio osseo e più tardi il periostio che essi prendono uno sviluppo più rapido. È allora soltanto che i tumori maligni si rivelano coi caratteri

loro propri: invasione rapida dei tessuti ambienti, infezione gangliare o generale.

Queste considerazioni si ponno applicare ai diversi tumori del periostio alveolo-dentario, bene descritti da Magidot, fibromi, tumori fibro-plastici, epiteliomi, carcinomi.

2° *Tumori infiltrati e diffusi.* — I tumori infiltrati e diffusi hanno caratteri propri esclusivi, che li distinguono dai tumori incistati. Andamento più rapido, frequente enormezza di volume; qualunque sia il punto di partenza, intra-osseo o sotto periostico, essi alterano sempre il tessuto osseo coll'invaderlo e trasformarlo in tessuto morboso. Essi dunque, a pari circostanze, sono più gravi dei tumori incistati. Aggiungasi in fine che questa disposizione infiltrata o diffusa appartiene in modo più speciale al sarcoma ed ai cancri, cioè ai tumori maligni.

Il fibroma dei mascellari era considerato come un tumore essenzialmente benigno che non si riproduce mai; un certo numero di casi osservati da Holt, Lawson, Heath, ecc., hanno dimostrato che questa opinione, vera nella generalità dei casi, era troppo assoluta. Nel caso di Holt si tratta di un fibroma sotto-periostico colle apparenze d'epulide; alcune settimane dopo l'operazione il male riapparve ad invadere tutto il resto dell'osso ed estendentesi verso la faringe. In quello di Lawson, il tumore recidivò tre volte; esso, alla morte del malato, occupava tutta la metà della faccia e si prolungava nella fossa temporale al disotto dell'arcata zigomatica. Questi fibromi recidivi furono designati dai chirurghi inglesi col nome di *recurrent fibroid.* Si tratta dunque di veri fibromi? Ciò che vi ha di certo si è, che se il primo tumore era realmente fibroso, i tumori recidivati presentano tutti i caratteri del sarcoma fascicolato e sono tanto più ricchi in elementi cellulari ed in vasi quanto le recidive sono state più numerose. Adunque havvi, sia trasformazione del fibroma in sarcoma, sia trasformazione d'un sarcoma fascicolato poverissimo di cellule e sconosciuto in sarcoma ricco di elementi cellulari e di vasi, ciò che è più probabile.

L'encondroma, come il fibroma, prende uno sviluppo enorme ed anche mostruoso; ha una benignità relativa, va soggetto a recidivare e può anche affettare nel suo andamento il decorso clinico del cancro. In due casi d'encondroma a decorso rapido osservati l'uno da Tillaux (Società di chirurgia, 1868), l'altro da Heath, il tumore era ricco in elementi cellulari giovani. La ricchezza di cellule o la preferenza d'elementi embrionali sembra per ciò che eserciti importante influenza nella malignità dei tumori ordinariamente benigni.

Si è fino ad un certo punto autorizzati a concludere, che i fibromi ed i condromi non sono tumori maligni se non quando presentano da principio e acquistano col tempo i caratteri più o meno netti del sarcoma.

Non è così dei tumori a mieloplasti od a midollocellule di Robin, di cui Nelaton, nella sua tesi inaugurale, si affrettò troppo ad affermarne

la benignità assoluta. La benignità relativa è reale; nella grande maggioranza dei casi, in fatto, a meno d'operazione incompleta, il tumore non recidiva; basta, per convincersi, di leggere i risultamenti pubblicati da Nelaton delle operazioni praticate tre anni prima (*Gazz. de hôpitaux* 1863), otto, nove, dieci, undici anni prima (*Gazz. des Hôp.*, 1868). Non è però assai raro l'osservare delle recidive anche nei casi, ove sembravano usate tutte le precauzioni per arrivare all'estirpazione completa del prodotto morboso. Un caso osservato da Bez e Terrillon e dai medesimi comunicato alla Società anatomica (marzo 1872) prova innoltre che questi tumori pretesi benigni ponno generalizzarsi. Si tratta d'una donna che, operata da Guerin, per un tumore a mieloplasto del mascellare inferiore, ritornava nell'ospitale per una frattura spontanea della tibia; quindici giorni dopo, per un leggero sforzo si fratturò l'omero. Morì di esaurimento. All'autossia, si trovò che tutte le ossa dello scheletro, lunghe e corte, erano rammollite ed infiltrate di tessuto mieloide. Nell'obbiettivo patologico ed istologico questi tumori meritano dunque d'essere collocati nella grande classe dei sarcomi; il predominio nel loro tessuto d'enormi cellule designate da Robin col nome di mieloplasti, la loro benignità relativa non sono caratteri sufficienti per farne una classe a parte.

Il sarcoma si presenta dunque ai mascellari sotto più forme o varietà: mieloide, fascicolato, ed a piccole cellule. La natura di questi tumori, doveva fatalmente rimanere ignota, prima che fosse impiegato il microscopio allo studio dei prodotti morbosi; per ciò si trovano designati ed elencati dagli antichi chirurghi sotto diverse denominazioni, talvolta bizzarre: sarcoma, sclerosarcoma (Mangèt), carnosità, esostosi midollari, spugnose, osteo-sarcoma, spina-ventosa, osteo-steatoma, ecc. Per questa confusione non ci stordiamo, poichè oggi stesso, malgrado i reali progressi dell'anatomia patologica, la luce non si è ancor fatta in modo completo. Lungi da presentarsi sempre coi medesimi caratteri, il sarcoma può combinarsi col condroma, col mixoma, col fibroma, e può subire degenerazioni cistiche, grassose, ed ossificanti. Questi tumori complessi non sono rari ai mascellari, ove essi manifestano, come il sarcoma encefaloide puro, una malignità spesso formidabile pari al cancro. Ritarda di più a determinare l'infezione generale e ganglionare, cioè fino a tanto che il periostio illeso serve di barriera, superata la quale si sviluppano tutti i segni della cachessia cancerosa.

Al sarcoma a piccole cellule appartiene il maggior numero dei cancri encefaloidi, cancri o funghi midollari, fungo ematode, maligno, osteosarcoma dei mascellari, specie del superiore; infatti i tumori di questo osso affettano con maggior frequenza i caratteri clinici del cancro, in grazia della minore resistenza del periostio e più ancora dell'esile strato fibro-mucoso che tappezza il seno. Invece il mascellare inferiore è relativamente privilegiato, tanto per l'andamento, quanto per la recidiva; senza dubbio, perchè la natura delle operazioni che si praticano su que-

st'osso (resezione totale o di tutta l'altezza dell'osso) espone meno a lasciar sfuggire la minima particella del male.

Il cancro dei mascellari, quale s'intende nel senso clinico della parola, non è adunque una malattia sempre identica a sè stessa, come struttura fondamentale. Esso comprende non solo il vero carcinoma, ma anche l'epitelioma ed il sarcoma semplice o complesso. In quale proporzione relativa si trovino fra loro queste diverse specie d'affezioni cancerose, non si può dire a rigore scientifico, perchè troppo spesso furono adoperate a caso per indicare tumori maligni. In molti casi non è fatto l'esame istologico; in altri, nulla ci assicura che non abbiasi preso un sarcoma encefaloide per un carcinoma, siccome avveniva necessariamente in tempo passato prossimo, quando un nucleo canceroso con o senza cellule cancerose, bastava per caratterizzare il carcinoma. Egli è a questa causa d'errori che devesi attribuire il grande numero di carcinomi tolti dalle tavole di Weber (in Pitha e Billroth); su 307 casi di tumori del mascellare superiore, si conta 133 carcinomi e soltanto 84 sarcomi; sopra 403 tumori della mascella inferiore, 162 carcinomi contro 132 sarcomi e fra questi sono le epulidi. Il numero dei carcinomi è molto esagerato a spese dei sarcomi. Secondo Weber, i sarcomi passerebbero il terzo dei tumori dei mascellari, i carcinomi un po' meno; e sotto il nome generico di carcinomi, egli comprende gli epitelliomi che nascono nello spessore stesso del tessuto. Questo modo d'origine del cancro epitelliale è stato più volte osservato alla mascella superiore; per Weber, l'epitelioma fornirebbe il più grande numero dei carcinomi del mascellare superiore; invece Volkmann considera il cancro epiteliale come una varietà rara dell'osteo-sarcoma.

L'epitelioma primitivo è più raro al mascellare inferiore; occupa ordinariamente il bordo alveolare e nasce tanto sul periostio alveolo dentale (Magitot), quanto nello spessore stesso del tessuto osseo dei tramezzi interalveolari; progredisce tosto contemporaneamente verso l'esterno sotto forma d'epulide, e verso l'interno dell'osso di cui occupa, in certi casi, un estensione considerevole, dalla sinfisi alla branca saliente (Moysant, *Soc. anat.*, 1856), tutta la metà sinistra (Azam di Bordeaux, *Soc. di chir.*, 1861), dalla parte media della branca orizzontale sinistra alla fibro-cartilagine articolare del condilo (Terrillon, *Soc. anat.*, 1873).

Questi epiteliomi voluminosi ponno, come i sarcomi encefaloidi, i carcinomi, cribrarsi di cavità cistiche d'origine mucosa degli elementi anatomici; così in un caso di cancro epiteliale della mascella inferiore, osservato da Beatson (*Med. Tim. and Gazz* 1869). Ponno altresì divenire la sede d'una vascolarizzazione massima da eguagliare sotto questo rapporto i tumori più caratteristici. Nel caso presentato da Terrillon alla Società anatomica, questa vascolarizzazione era tale che il tumore offriva, in guisa da trarre in inganno chiunque, tutti i caratteri d'un aneurisma, pulsazione con espansione, rumore di soffio sistolico, ecc. Poco edificato sulla sua natura, Verneuil, che aveva in cura l'ammalato, co-

minciò subito a riparare al danno più immediato, risultante dalle emorragie ripetute per un piccolo ulcere del tumore alla faccia interna della guancia. Fu praticata con successo la legatura della carotide esterna, cessarono le pulsazioni per non ricomparire, ma il tumore restò stazionario. Qualche tempo dopo venne asportato e si è potuto constatare che della metà posteriore della branca orizzontale e della branca saliente, non rimaneva più che la fibro-cartilagine articolare ed il periostio disteso, in cui il tumore si trovava chiuso come in un sacco. L' esame istologico dimostrò che si trattava d'un epitelioma tubulato, ricchissimo di vasi.

Questi casi e tanti altri simili devono renderci molto riservati prima di ammettere per dimostrati i pretesi casi di tumori vascolari, d'aneurismi per anastomosi dei mascellari; se si eccettuano certi tumori erettili delle gengive, che si estendono sino nello spessore dell'osso, si può dire che l'esistenza dell'angioma puro dei mascellari è ancora da dimostrare. Il caso di Lallemand, del quale l'osservazione completa si trova per la prima volta nella tesi di Lagarde (*De la pathogénie des tumeurs du sinus maxillaire*, th. de Montpellier, 1870), non è nullameno concludente, siccome nei casi di Pattison, citati da Mackenzie.

I mixomi, secondo Lücke, rari nelle altre parti dello scheletro, sarebbero relativamente frequenti ai mascellari, sviluppandosi essi nella faccia profonda del periostio o nello spessore dell' osso. Giova credere che all'infuori dei mixomi sviluppati a spese del germe dentale, i quali sono pur rari, l'opinione di Lücke ha molto dell'azzardato. Virchow, del resto, è molto meno affermativo; dopo avere descritto il mixoma delle ossa (t. 1, 15ª lezione), pare dispiacente che gli autori non abbiano imitato la riserva di Stanley, che si accontenta di designare questi prodotti morbosi d'apparenza mixomatosa col nome di tumori gelatinosi. Tuttavia non fa difetto, quando si tratta di citare dei fatti all' appoggio dell'asserto. Dopo avere affermata l' esistenza del mixoma puro, ialino, di cui si constata la rarità, si cita come esempio di questi tumori complessi, dei quali vedemmo già, dei mixo-fibromi, dei mixo-condromi, dei mixo-sarcomi, ecc. La presenza del tessuto mixomatoso non altera punto il carattere di benignità o di malignità dei tumori fibrosi, cartilaginei, sarcomatosi.

L'esistenza dei lipomi è assai meno dimostrata. I casi di Viard (*Società anat.* 1850) e di Triquet (*Soc. biolog.* 1851) non sono affatto conclusivi; l'esame istologico fallì intieramente, non provando che fossero esostosi contenenti massse voluminose di midollo grassoso (Virchow), o piuttosto tumori degenerati. Infatti si nota nel caso di Viard, che si trovò nel tumore delle lamelle ossee incrocicchiate e separate le une dalle altre da tessuto adiposo. In quello di Triquet il tumore era bucherato fra lamelle cellulose, contenenti piccole masse di grasso giallastro. Il caso seguente, osservato da Stanley, prova del resto quanto oc-

corra guardarsi dalle apparenze. Si tratta di un tumore del mascellare superiore, seguito da infezione ganglionare, da ulcerazione della pelle, che, in una parola, presentava tutti i caratteri del cancro, e produsse la morte; il tumore era di apparenza grassosa, il tessuto cellulare circostante ed i gangli linfatici presentavano la stessa degenerazione. Quivi si trattava evidentemente di un sarcoma o di tutt'altro tumore maligno, che aveva subìto la degenerazione grassa.

Osteoma del mascellare superiore, ablazione parziale dell'osso; guarigione; del dott. Gadaud (de Périgueux) (*L' Union Médicale* 9 febbraio 1875).

La giovinetta N. T. di 15 anni, del comune di Badefols-d'Ans, cantone d'Hautefort (Dordogna), recavasi nell'agosto 1871 a consultare l'Autore, raccontandogli come nulla in essa e nei suoi parenti vi fosse riferibile a malattia gentilizia. Soltanto da tre anni, in un viaggio a Périgueux, si accorse d'avere alla gengiva del mascellare superiore sinistro un tumoretto molle, ora bianco, ora rosso, simile quasi ad un dente malfermo. E non vi fece caso. Dopo sei mesi fattasi visitare da un distinto medico, questi la cauterizzò col nitrato d'argento e toccolla con tintura d' iodio, ed il tumore aumentava di volume. Verso il natale cominciò a gonfiare la mascella ed a crescere durante l'inverno. Nel 1870 si fece visitare da parecchi medici, i quali non le consigliarono che dei palliativi e nessuno propose operazione. Stette quindi un anno circa senza cura.

Alla prima visita, salvo una leggiera tinta giallognola, con un po' di scoloramento nella congiuntiva palpebrale, lo stato generale era soddisfacente. La madre della giovinetta accenna, che questa da pochi giorni ha poco appetito ed è tormentata da male di capo, la cui prima apparizione data almeno da due anni. Questo male, più frequente da principio, ora non ritorna che ogni quindici o venti giorni; ma talvolta assai violento. L'alito è fetidissimo ed incomodo alle persone che le stanno attorno. All'aprire della bocca, le scola del pus sanioso commisto a sangue. Sembra che il tumore sanguini al minimo contatto di corpi stranieri ed alimenti duri, benchè abbia mai dato luogo ad abbondanti emorragie.

Descrizione del tumore. — Fra le due metà della faccia esiste una notabile assimetria. La tumefazione del lato sinistro sale sin verso l'occhio corrispondente, che pare più piccolo dell' altro. Non evvi nè calore, nè rossore alla pelle. La guancia è perfettamente mobile ed indolente al tatto. All'interno si trova un tumore, che occupa il mascellare superiore sinistro, spingendo la guancia in avanti ed all'infuori ma senza aderire con essa, facendo risalto in basso ed all'interno della bocca sulla volta palatina. Il suo colore è rosso vinoso La consistenza varia. Dalla parte della bocca è tondeggiante e durissimo. La mucosa buccale lo ricopre senza alterazione; ma presenta un doppio ordine di denti, come se l'alveolo fosse stato diviso. Di fuori, all' incontro, il tumore è quasi molle e fungoso. I suoi limiti sono assai netti. Sulla volta palatina non tocca affatto la linea mediana. All'indietro si limita all'ultimo molare. In

alto pare che si perda nello spessore dell'osso. Non pertanto se si porta il dito nel fondo della piega, che separa la guancia dal mascellare, si può contornare una superficie tondeggiante, che si continua all'avanti, all'indietro, ed al di fuori col resto del tumore. Questa esplorazione non è dolorosa. L'ammalata non ha mai provato nè dolori spontanei, nè fitte. La deglutizione è libera, non ha voce nasale.

Diagnosi. — Con questo assieme di sintomi, ci facciamo la domanda, così l'Autore, qual'è la natura di questo tumore? Evidentemente bisogna eliminare subito l'idrope e la cisti del seno mascellare. Queste affezioni sono assai più rare che non l'abbiano creduto gli autori antichi; e poi esse non potrebbero essere confuse colle altre malattie della regione che al loro principio soltanto. (I lettori della Rivista conoscono d'altronde le note caratteristiche di quelle). Resta l'osteosarcoma e l'esostosi. Il cancro del mascellare superiore (osteosarcoma gengivale, epulide) appare più di frequente, infatti, a livello del bordo gengivale, ed impiega un certo tempo prima di assumere un pronto sviluppo. Di più egli è sede d'una suppurazione icorosa e sanguinolenta e di dolori spontanei, e finisce a determinare un alterazione cachetica della salute. Ora nella detta ammalata il tumore è nato probabilmente nelle parti molli; fu lento l'accrescersi del volume; ma ad un certo tempo si sviluppò rapidamente. Esiste una suppurazione sanguinolenta e non devesi dimenticare la tinta giallastra del viso e della congiuntiva, siccome i dolori al capo di cui si è detto. Gli antecedenti della famiglia, l'età giovanile del soggetto, la estrema durezza del tumore e la mancanza di serie emorragie, pare che debbano escludere l'idea dell'osteosarcoma e far ripiegare il diagnostico verso il tumore osseo propriamente detto.

Ciò ammesso, a quale varietà appartiene? Non alla sifilitica, dopo gli studi di Chassaignac. Nemmeno ad un aumento di nutrizione puro e semplice dell'osso e del suo inviluppo fibroso, o ad una ipertrofia complicata da degenarazione? Sappiamo che A. Cooper e poi Bordenave e Boyer hanno compreso sotto la denominazione comune d'esostosi queste due specie così differenti.

L'Autore non sarebbe lungi dal separare dalle esostosi propriamente dette, il caso qui riferito. Se questo tumore è duro e perfettamente osseo al centro, al di fuori per converso è molle e spugnoso. Egli si tiene fra coloro, che credono alla trasformazione di certi tumori gli uni negli altri. Questa opinione è convalidata da grandi autorità chirurgiche. Essa non contradice all'osservazione istologica e l'esperienza clinica la conferma pienamente. L'Autore ne vide esempi incontestabili.

Trattamento. — Comunque sia, data l'infermità che affligge la ragazza, dato sopratutto lo sviluppo della malattia ed il suo decorso verso un fine funesto, non rimane altro mezzo terapeutico da impiegare, che un'operazione radicale, la resezione del mascellare, resezione altrettanto più indicata che l'attento esame del tumore prova che essa non offrirà troppe difficoltà. I limiti superiori non sono bene decisi, e la piega che

si definisce col dito, non permetterà forse di sezionare l'osso, senza essere obbligato a fare l'incisione abituale della guancia? Allora si potrà evitare un' operazione preliminare assai utilmente, sia nell'obbiettivo del dolore che delle varie complicazioni consecutive.

Così deciso per l'operazione, la propone ai parenti ed alla ragazza. Frattanto rinvia per tre mesi la malata, per assoggettarla al joduro di potassio.

Il 1.° ottobre successivo la ragazza viene ricondotta a Perigneux, senza aver provato, ben inteso, alcun miglioramento, ma altresì senza che il tumore sia sensibilmente accresciuto di volume. Tre giorni sono impiegati per trovare un locale e per prova di acclimatazione.

Il 4 si eseguisce l'operazione alla presenza di tre medici ed alcuni studenti.

Atto operativo. — Collocata l' ammalata sul dorso, colla testa e le spalle alquanto elevate, per prudenza non si amministra il cloroformio. Un assistente rialza il labbro superiore e la guancia e l' Autore circoscrive il tumore con una incisione della mucosa, staccandola poscia un poco in alto col raschiatojo allo scopo di conservare il periostio. Poi applica una sonda a resezione di Blandin nella piega che separa la guancia dal mascellare. Essa serve a mantenere al di sopra del tumore una sega a catena. Nel tempo che l'assistente fissa bene i due stromenti, l'operatore stacca rapidamente un primo frammento, non senza qualche difficoltà, poichè la sega tarda ad intaccare il tumore. La stessa manovra, ripetuta una seconda volta, fa cadere un secondo frammento meno voluminoso, ma altrettanto duro che il primo. Resta la maggior parte del tumore, che fa corpo colle ossa della faccia. A sua volta, essa è tagliata in alto colla sgorbia e la mazza e sulla linea mediana colle cesoje. Esportato il pezzo mercè d'una robusta pinzetta e con alcune trazioni che fratturano l'osso sano al di sopra del tumore ed aprono il seno mascellare e la fossa nasale corrispondente, si osserva un getto di sangue da un'arteriuzza, che viene arrestato comprimendo una spugna nel fondo della piaga. Dopo di che, la lingua essendo previamente protetta da una spatola di legno coperta di tela bagnata, le guance e le labbra pur ricoperte all'interno di pannilini bagnati e tenuti lontani dagli assistenti, l'operatore porta nella bocca un ferro rovente e cauterizza bruscamente tutta la superficie della sezione; due cauterii estinti nella piaga bastano ad arrestare l'emorragia. L'operazione non ha durato più d' un quarto d'ora e l'ammalata non ha perduto che poco sangue. Nondimeno, mentre si voleva rialzare l'operata per pulirla, venne essa colta da lieve sincope, effetto più del dolore che delle perdite di sangue.

Conseguenze dell' operazione. — Trasportata l' ammalata nel suo letto, le si raccomanda l'uso non interrotto nella bocca di pezzetti di ghiaccio. Alla sera vi è tumefazione delle labbra e delle guance, nessuna emorragia, una sete ardente. Ogni mezz' ora irrigazioni nella bocca di

acqua fredda. La notte passa senza ostacoli e l'ammalata dorme un poco.

La mattina del 5 ottobre, polso a 130. La malata non può bere e non ha dolori. Ogni mezz'ora, irrigazioni nella bocca d'acqua fenizzata. A sera l'ammalata beve a centellini. Il polso discende a 120. Nella notte il stato suo è identico, però diminuisce la sete; più facile è il bere e prende un po'di brodo.

Il 6, giornata abbastanza buona; si può far prendere qualche cucchiajo di brodo e vino zuccherato; ma a sera cresce la febbre, il polso risale a 130. La guancia del lato operato è molto gonfia e dolente. Un odore d'escara fetida si esala dalla bocca, benchè si continuino le irrigazioni colla massima cura. Nondimeno la calma ritorna col sonno verso il mattino.

Il 7, comincia bene; si sostituiscono le irrigazioni coll'alcool puro a quelle feniche perchè spiacciono alla malata. Cataplasmi sulla guancia, e vino e brodo internamente. Lavature al pavimento della stanza con cloruro di calce. Notte calma, polso sempre a 120.

L'8, giornata buona; aumento di febbre a sera, continua un po'di dolore alla guancia sinistra. Notte buonissima; non si fanno che tre injezioni alcoolizzate.

Il 9, diminuzione della febbre; odore sempre fetido. Qualche sorso di brodo. La sera, recrudescenza; notte buona.

Il 10, dolore a livello del naso dal lato operato. Si stacca dal fondo della piaga un'escara e, dopo la sua caduta, i liquidi injettati escono pel naso. L'ammalata parla con voce nasale. Da questo istante si accentua il miglioramento. Nei giorni successivi beve assai bene il brodo; esso non refluisce dal naso che quando è ingojato troppo precipitosamente; prende delle zuppe e poi si alza dal letto.

Il 16 esce di casa; si nutre di carni. Sono cessati i dolori, ma resta la tumefazione della guancia e la voce nasale. — Dopo due giorni, marcata diminuzione di questi sintomi. Aperta la bocca si vede l'interno della cavità perfettamente rosea e senza tracce d'infiammazione. Il fondo della piaga lascia vedere un orificio, circondato da bottoncini carnei, che comunica colla fossa nasale. — Il 21, l'ammalata va al suo paese; le si raccomanda l'uso protratto dell'olio di fegato di merluzzo e dei gargarismi con clorato di potassa.

Il 3 dicembre ritorna a farsi visitare. La tumefazione è scomparsa. La voce nasale è appena sensibile. I liquidi non passano più per il naso. L'orificio di comunicazione si va restringendo. Riveduta ancora nell'aprile 1872, è cessata la voce nasale; l'orificio è circa quanto la capocchia d'uno spillo. La salute generale è perfetta. In fine, nel dicembre 1874, la ragazza s'è fatta bella e robusta giovane. La guarigioue è non solo assoluta, ma non rimane più comunicazione fra la cavità della bocca e le fosse nasali. Scomparsa la voce nasale, l'osso si è riprodotto

in parte, e, se non fosse la mancanza d'alveoli dentari e dei denti, non si dubiterebbe che sì gran parte del mascellare fosse stata esportata.

L'esame istologico del tumore ha dimostrato la sua natura esclusivamente ossea.

Alcune osservazioni di necrosi fosforica dei mascellari; del dott. A. Haas (*Revue des sciences Médicales*).

Questa Memoria è basata sopra sei osservazioni di necrosi fosforica dei mascellari, raccolte a Sarreguemines, presentate alla Società di Chirurgia, ed è stata l'oggetto di un rapporto di Magitot nella seduta del 3 dicembre 1873. — Dopo avere richiamate le opinioni emesse sulla natura ed andamento di questa affezione, Haas mette sott' occhio la questione dell'intervento chirurgico ed è indotto alle seguenti conclusioni:

1.° La necrosi dei mascellari, che si osserva negli operai che manipolano il fosforo nelle fabbriche di fiammiferi chimici, è una necrosi di natura specifica, che si distingue sopratutto per la sua tendenza alla propagazione.

2.° L'aspettazione può e deve essere praticata, al principio della malattia, perchè talvolta occorre che essa si limiti a capo di breve tempo e guarisca coll'eliminaziene delle parti necrosate. Le cure provate allo scopo di arrestare i progressi del male sono, in generale, rimaste senza risultato.

3.° Quando la necrosi non mostra alcuna tendenza a limitarsi, quando il malato è sfinito per la violenza e la continuazione della suppurazione, è indicata la resezione totale o parziale del mascellare a seconda dell'estensione del male. Ma, regola generale, giova assai più disarticolare il mascellare intaccato, anche allorquando la malattia non ha ancora invasa una parte notevole dell'osso, a fine di opporsi con sicurezza alla riproduzione del male nelle parti troppo vicine alla porzione necrosata. Questa condotta è giustificata: 1.° dalla poca gravezza dell'operazione: 2.° dall'insignificanza di deformità, che la perdita d'un mascellare lascia dietro di sè.

Ecco il sunto delle osservazioni:

1.ª M., d'anni 32. Resezione della metà sinistra del mascellare inferiore. Quindici giorni dopo resezione della metà destra. L' ammalato, benchè guarito delle operazioni, morì otto mesi appresso per tubercolosi polmonare.

2.ª M., d'anni 30. Disarticolazione della metà sinistra del mascellare inferiore. Guarigione. Pochissima deformità.

3.ª M., d'anni 37. Estrazione delle due metà del mascellare inferiore necrosate e fratturate. Guarigione.

4.ª F., d'anni 29. Necrosi con dolori eccessivi. Resezione totale del mascellare superiore sinistro. Morte per tubercolosi polmonare dopo tre mesi.

5.ª M., d'anni 33. Resezione del mascellare superiore destro. Guarigione.

6.ª F., d'anni 20. Necrosi del mascellare superiore destro. Stato generale pessimo. Nessun intervento chirurgico. Morte.

Risanamento delle fabbriche di fiammiferi ove si manipola il fosforo; Proposta del dott. Magitot al Congresso Internazionale di Bruxelles. (*Montpellier Médicale*, novembre 1875).

Facciamo plauso alle conclusioni della sezione di medicina pubblica sui mezzi di risanamento delle fabbriche, ove si manipola il fosforo. Queste conclusioni sono in fatti eminentemente pratiche, e sarebbe a desiderare che fossero applicate con tutta l'energia dalle amministrazioni interessate.

La Sezione emette senza reticenze il voto, che l'uso del fosforo rosso amorfo sia sostituito a quello del fosforo ordinario in tutte le fabbriche di fiammiferi. L'esperienza ha dimostrato, che l'uso del fosforo amorfo è lungi dal presentare dei danni eguali a quelli che derivano dall'uso del fosforo ordinario.

In attesa che questa misura radicale venga universalmente adottata, la sezione raccomanda, nelle condizioni attuali di fabbricazione, le seguenti misure, che sono destinate a prevenire gli accidenti tossici generali, e più specialmente la necrosi del mascellare.

Collocamento della fabbrica in locali sufficientemente spaziosi; ventilazione potente esercitata col mezzo di tubi di richiamo stabiliti nel suolo e terminanti ad un fumaiuolo d'aspirazione; cure costanti di proprietà. A fianco di questi mezzi fisici di preservazione vuolsi mettere l'uso, come antidoto chimico, dell'essenza di trementina nelle officine. La osservazione ha stabilito che l'ossidazione annichila le proprietà tossiche del fosforo; che la presenza dell'aria ozonizzata, che brucia immediatamente il fosforo, costituisce per conseguente un mezzo razionale preservativo dell'azione deleteria de'suoi vapori; occorre dunque mettere nelle officine delle sostanze capaci di trasformare l'ossigeno in ozono. Fra queste sostanze, l'essenza di trementina figura in prima linea, ed il suo uso, in questo caso, è perfettamente razionale.

Per scongiurare gli accidenti, la Sezione propone altresì l''uso dei gargarismi astringenti; essa vuole che si ingiunga ai fabbricatori l'obbligo di non ammettere nelle loro officine quegli operai nei quali, in seguito ad ispezione della bocca loro, siasi constatato che qualche dente sia affetto da carie penetrante o da qualsivoglia altra alterazione atta a favorire l'azione nociva dei vapori fosforici. È sulla proposta di Magitot che quest'ultima conclusione fu adottata; il saggio specialista ha rimarcato, che la necrosi del mascellare si presenta sopratutto negli operai già attaccati da carie dentale penetrante; mentre gli individui con denti sani vanno generalmente immuni dalla necrosi. In tal guisa si comprende l'importanza delle misure proposte dal Congresso a questo riguardo.

In fine la Sezione domanda che i ragazzi non possano essere impiegati nelle officine ove si manipola il fosforo, e che i fabbricatori siano

resi civilmente responsabili degli accidenti dovuti alla loro incuria e negligenza.

Queste diverse misure sono saviissime e sarebbe desiderabile che i Governi ne prescrivessero l'uso in maniera assoluta.

Della carie dentale; lezioni di Dolbeau, raccolte da Pietkiewicz. (*Gaz. des Hôpitaux*).

Partendo dall'autorevole detto di Velpeau, che le malattie dei denti sono la causa di quasi tutte le affezioni dei mascellari, il prof. Dolbeau entra in argomento indicando, quale la più frequente, la più importante di tutte le malattie dei denti, la loro carie. Sorpassa i vizi di conformazione, siccome di poco interesse quanto le fratture e le lussazioni, siano cagionate da trauma o da tentata estrazione, richiamando tuttavia l'attenzione degli uditori sulle piccole fratture dello smalto determinate da rapido cangiamento di temperatura o dall' urto di corpi duri, che si ponno trovare negli alimenti. Queste fenditure, per lo più inavvertite, costituiscono una causa predisponente alla carie. I denti ponno essere altresì la sede di malattie nel tempo di loro evoluzione nei mascellari. Così per anomalie di posizione e sviluppo ponno cagionare gravi mali ai mascellari, specialmente per il dente di saggezza.

L'infiammazione del dente in totaliià non esiste, ma la carie, provocando una serie di fenomeni infiammatorii delle parti vicine, deve essere lo stadio preliminare del più grande numero delle malattie dei mascellari.

Crede perciò utile qualche parola sull'anatomia normale dell' organo dentale, nel quale troviamo: parti dure e parti molli.

L'avorio o dentina, che costituisce la maggior parte del dente, si compone di una sostanza fondamentale striata da un gran numero di canaletti anastomizzati, che si aprono nella cavità dentale per un orificio a contatto immediato colla polpa, mentre colla estremità loro opposta essi costituiscono alla faccia esterna della dentina una ricca reticella anastomotica, che presenta molti rigonfiamenti. Nello spessore della dentina si trova una cavità centrale, le cui dimensioni variano secondo l'età; grande nei ragazzi, essa si restringe progressivamente e finisce per scomparire affatto o quasi nei vecchi. La parte più larga corrisponde a livello del colletto del dente; è in questo punto che il dente è più attaccabile dagli istromenti, perciò venne scelto come luogo d' elezione per la trapanazione della cavità dentale. Ivi in fatti la dentina costituisce quasi sola la parete del dente, a stento vi troviamo un esile strato di smalto o di cemento.

Lo smalto ricopre la superficie esterna della corona. Molto fitto verso la sommità del dente, va mano mano assottigliandosi per terminare a livello del colletto. Formato d'una miriade di prismi immediatamente addossati, lo smalto contiene talvolta delle piccole lacune, che lasciano l'avorio a nudo e così lo predispongono alla carie.

Il cemento è osso; egli copre tutta la radice dal livello del colletto

con un bordo esilissimo, che va aumentando di spessore fino all' apice della radice.

La polpa dentale, modellata esattamente sulle pareti della cavità centrale dell'avorio, è un organo molle, di colore roseo, composto di tessuto fibroso e di materia amorfa contenente dei nuclei embrioplastici. Un fascetto nerveo-vascolare ricchissimo penetra, dall'estremità di ogni radice, in seno alla polpa e si ramifica in numerose maglie serrate.

Il periostio alveolo-dentario differisce poco da quello comune alle ossa. Frapposto all'alveolo ed al cemento, aderisce specialmente a questo; a livello del colletto si continua colla mucosa gengivale, mentre all'estremità della radice esso forma una guaina al fascetto vascolo-nervoso della polpa.

Nell'entrare nell'argomento distingue tre gradi diversi, corrispondenti ad altrettanti periodi delle lesioni della carie: 1.° grado. — Carie superficiale o dello smalto; 2.° grado. — Carie mediana che ha intaccato più o meno profondamente gli strati d'avorio sottostante allo smalto; 3.° grado. — Carie profonda. L'avorio è rammollito in tutto il suo spessore: la cavità della polpa è perforata.

Nella carie superficiale, non che nei successivi periodi, l' Autore descrive l'alterazione limitatamente a quanto si può osservare ad occhio nudo; per la qual cosa rimandiamo il lettore all'articolo del dott. Rindfleisch, in questa rivista, ove l'argomento spicca per maggiore integrità, comprendendovi anche le osservazioni microscopiche accuratamente studiate dal Magitot.

Eziologia. — Ancora pochi anni or fanno si ammetteva una carie da causa interna, vitale; questa è una opinione assolutamente erronea. La carie è malattia che comincia sempre all' esterno e va all' interno. Le interessanti e numerosissime esperienze istituite dal Magitot hanno dimostrato, che la carie era sempre dovuta all'azione chimica dei liquidi della bocca sui tessuti del dente. Col lasciare per due anni immersi in certi liquidi dei denti liberi o coperti da involucro protettore, ad eccezione d'un solo punto della loro superficie, il Magitot giunse a produrre artificialmente la carie dentale a tutti i suoi gradi e con tutti i caratteri anatomici, salvo, s'intende, i fenomeni di dentificazione secondaria, poichè questo accadeva al di fuori dell' organismo. I liquidi adoperati erano soluzioni di sostanze suscettibili di trovarsi nella bocca, quali sono gli acidi o zuccherini dopo la loro fermentazione e le materie albuminoidi fermentate come agenti i più attivi della carie dentaria, intaccando gli uni solo lo smalto, o l'avorio, ed alterando gli altri l'insieme dei tessuti. L'allume specialmente, per il suo frequente uso nella terapeutica della bocca, è disorganizzatore dello smalto. La saliva normalmente alcalina, può nondimeno divenire la sede di frequenti fermentazioni o di modificazioni conseguenti a disordini della salute generale, ed essere l'agente della carie dentale. Questo è un fatto fuori di dubbio, messo in luce dall'operosità di Magitot.

Una causa delle più frequenti, e contro la quale conviene guardarsi, è l'uso di certi dentifrici acidi o che contengono dell'allume, che agiscono chimicamente sui denti e derivano la stessa loro riputazione da questa azione alterante.

Oltre a tali cause efficienti, troviamo anche un certo numero di cause predisponenti. Così, le piccole fratture o fessure dello smalto anzidette, i disordini d'evoluzione dovuti a malattie dell' infanzia od anche della vita fetale, producenti lesioni nello smalto o nell' avorio li espongono più tardi alla carie dei denti omologhi. In fine l' influenza dell' eredità nell'individuo e nella razza indubbiamente spiega la carie endemica presso certi popoli.

Sintomi. — Questi variano a seconda del grado dell' affezione. Al primo apparire la carie è sotto forma d'una piccola macchia biancastra dovuta alla dissociazione dei prismi dello smalto nello stesso punto. La caduta di questi elementi alterati produce una depressione poco profonda e per nulla dolorosa; ma se l' alterazione giunge a scoprire lo strato superficiale dell'avorio, questo strato del reticolo, sulla struttura del quale abbiamo già parlato, la cavità può divenir sede di vivissima sensibilità. Frattanto non si hanno mai dolori spontanei; essi non sono provocati che da rapidi cambiamenti di temperatura della bocca o per contatto di istromenti. Questa sensibilità si osserva specialmente nelle carie a decorso rapido, di cui il fondo, di colore biancastro o giallastro è costituito da avorio rammollito, mentre che le carie a lento progresso, che offrono un colore nerastro ed una densità maggiore della sostanza conseguente all'obliterazione dei canaletti, sono d'ordinario indolenti.

Il secondo periodo, che tiene dietro al primo, può talvolta segnare il principio dell' affezione in certi denti, la corona dei quali presenta dei difetti nello smalto come rughe o forellini al fondo dei quali l'avorio si trova a nudo. Anche in questo periodo variano i sintomi a seconda dell'andamento lento o rapido dell'alterazione. Nella forma rapida è al suo principio che questo periodo riesce più doloroso; i dolori divengono meno vivi e talfiata cessano quando l' alterazione ha oltrepassato lo strato di reticolo anastomotico e toccate le parti più profonde. Di rado i dolori sono spontanei, più spesso sono provocati dalle differenze di temperatura o per contatto di sostanze acide o zuccherine. È in questa forma altresì che si rinvengono vaste cavità scolpite nello spessore dell'avorio, mentre all'esterno non si osservano che dei piccoli orifici. Nelle carie a decorso lento, quasi sempre indolenti, il fondo della cavità, colorato in bruno o nero, è talora di una densità massima che offre un ostacolo insormontabile ad una alterazione più profonda. Venne dato da Duval il nome di *carie secca* a questa guarigione spontanea del dente. Altre volte il decorso della malattia non è sospeso che momentaneamente, e la distruzione ripiglia il suo lavoro interrotto, ma ostacolato dalla resistenza del tessuto, essa assume aspetti proteiformi.

Nel terzo periodo, la penetrazione della cavità della polpa è accom-

pagnata da fenomeni suoi propri. I dolori divengono spontanei, e danno luogo a crisi violente, cui succedono intervalli di calma completa o poco meno; ma il contatto di liquidi caldi o freddi, di qualche materia alimentare, il vuoto praticato nella carie per la sussione, riproducono gli accessi. La scopertura dell' organo centrale produce di frequente la sua infiammazione. Se questa è superficiale, i dolori che determina ponno essere intermittenti e localizzati alla regione dentale; non di rado però questi dolori si irradiano sul tragitto dei nervi del quinto pajo e loro anastomotici, provocando diverse nevralgie. Se l'infiammazione della polpa è generale, i dolori divengono d'una acutezza estrema, producendo orribili sofferenze, designate col nome di *rabbia di dente*. Talvolta questa infiammazione è seguita dalla distruzione della polpa per suppurazione o per gangrena, proporzionata allo strozzamento del fascetto vascolare in una cavità inestensibile.

Complicazioni. — Sono moltissime e subordinate ai periodi dell'alterazione, ma si sviluppano specialmente durante il secondo e terzo periodo. La complicazione locale più frequente di tutte è la periostite alveolo-dentaria, sia diretta, sia per propagazione dell' infiammazione della polpa. D' ordinario non avviene che una infiammazione di breve durata (periostite semplice), ma essa può anche passare allo stato cronico od essere causa di fistole, ascessi, cisti, necrosi ed osteite del mascellare (periostite suppurata). Così le nevralgie, in certi casi, apportando disordini nel sistema nervoso, si fanno più imponenti ed assumono la forma di gravi nevrosi. Nei bambini si osserva di frequente una sordità che resiste ad ogni trattamento; l' amaurosi, l' atrofia papillare furono osservate quali concomitanze da parte dell'organo della vista.

Trattamento. — L'estrazione fu per molto tempo ed è ancora troppo di frequente il solo trattamento della carie. Per Magitot giammai ed in nessun caso la carie del dente indica l'estrazione; dei gravi accidenti delle parti vicine, come il flemmone del collo, l'osteite del mascellare e in date condizioni ancora, ponno solamente giustificare questa operazione.

Senza essere così esclusivo come questo autore, il Dolbeau dice che la carie è una malattia curabile, che il più delle volte una terapeutica razionale può dissipare tutti gli accidenti della carie e conservare l'organo per servirsene. Variano i mezzi curativi, a norma dei periodi del male, dei quali fornisce brevi indicazioni.

Nel primo periodo, la resezione, praticata col mezzo di lime piatte e fine, basta in molti casi per arrestare il progresso della carie, facendo disparire una piccola cavità divenuta un focolajo attivo di fermentazione.

Nel secondo periodo, o carie media, il caustico, o meglio gli astringenti quali il tannino, l'acido fenico, il creosoto, ecc., ponno servire a provocare la formazione di dentina secondaria. L' acido arsenioso può

essere impiegato al medesimo scopo, ma a piccole dosi e non come caustico.

Nel terzo periodo, quando è denudata la polpa, importa distruggere quest'organo. Ciò si ottiene facilmente con diversi mezzi e specialmente coll'acido arsenioso polverizzato, caustico sicurissimo e maneggevole. Egli è conveniente però, prima di applicarlo, di praticare qualche medicazione calmante nel dente cariato, quando la polpa è infiammata, se si vogliono evitare atroci dolori al malato.

Allorchè, per il contributo di parecchi mezzi curativi, di cui lamenta l'Autore di non poterne fare uno studio completo, tutti gli accidenti della carie sono dissipati; allorchè la guarigione, il meccanismo della quale differisce a seconda del grado dell' alterazione, è ottenuto; non rimane che una sola indicazione da soddisfare, quella cioè di mettere l'organo al riparo delle cause di distruzione, e per ciò, non vi ha che un mezzo: l'otturazione.

Senza descrivere questa operazione, i dettagli della quale appartengono al corso di medicina operativa, direbbe che l' otturazione, consistente nell'applicazione del metodo di isolamento, si pratica con diverse sostanze scelte a seconda dei casi, non avendo alcuna azione terapeutica per sè stessa, ma destinata a sottrarre gli strati d'avorio sottostanti alle cause del ritorno dell'affezione. Fra le sostanze più comunemente impiegate, citeremo: l'oro, delle leghe numerose d' argento, di stagno, di cadmio, che si amalgamano al momento di servirsene, dei cementi bianchi come l'ossicloruro di zinco, la gutta-perca, che conviene nelle vaste cavità a pareti fragili, ecc.

(*Continua*).

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. **Malachia De-Cristoforis.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA CHIRURGICA

dei dottori F. PARONA ed E. TIRINNANZI

(Da pag. 97 a pag. 111).

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA
ITALIANA E STRANIERA

del dott. G. B. SORESINA

(Continuazione e fine. — Vedi il fascicolo precedente, pag. 93).

(Da pag. 111 a pag. 167).

Rivista italiana.

Tedoldi — *Osservazioni pratiche sull' angina difterica dominante in Bagnolo S. Vito negli anni 1875-76.*

Occhini — *L'ammoniaca antidoto del cloroformio.*

Bonalumi — *Injezioni parenchimatose di tintura d' iodio nei tumori ghiandolari.*

Lombroso — *Cura esterna dei cloasmi ed eczemi coll' olio rosso di mais guasto.*

Cavazzani — *Etere canforato nell'erisipola.*

Spampinati — *Delle injezioni di percloruro di ferro nel sacco lagrimale come mezzo curativo della dilatazione del sacco stesso.*

Cantani — *Il petrolio nella tigna favosa.*

Pavesi — *Solfito sodico-salicilico-cloruliato, ossia balsamo antizimotico.*

Amoroso — *Del metodo più utile di amministrare i sali di chinina nelle febbri da malaria.*

Bergonzini — *Apertura degli ascessi senza dolore.*

Ferretti — *L'estratto alcoolico di noce vomica nella cura delle malattie nervose.*

Fera — *Uso del solfato di ferro nell'angina difterica.*

Vanzetti — *Recenti applicazioni terapeutiche nell'ottalmojatria.*

Tizzoni — *Sull'azione locale dell'idrato di cloralio, e sua applicazione in alcune malattie chirurgiche esterne e nelle medicature in generale.*

Losana — *Singhiozzo isterico.*

Rivista straniera.

Husemann — *Contribuzione sull'azione della scilla.*

Moell — *L'acido salicilico ed il salicilicato di soda come antifebbrile.*

Wollfberg — *L'acido salicilico come antipiretico.*

Vilheim — *Dell' influenza del nitrito d'amile sulla tonicità vascolare ed i battiti del cuore.*

Samelsohn — *Effetti fisiologici e terapeutici del nitrito d'amile.*

Stoerk — *Comunicazioni sull'asma bronchiale e sulla cura meccanica delle affezioni polmonari, con appendice sulla tosse provocata da azioni di stimolo.*

Otto — *Degli effetti fisiologici della digitalina.*

Stricker — *Sui risultati della cura della poliartrite reumatica coll'acido salicilico.*

Heller — *Cura del reumatismo coll'ammoniaca.*

Frankel — *Cura degli spasmi uterini durante e dopo il parto.*

Svetlin — *Cura del nistagmo colle correnti costanti.*

Fleischmann — *Sul valore terapeutico dei vomitivi nel crup.*

Steinbrück — *Sulla cura della tubercolosi.*

Offenberg — *Caso d'idrofobia curata col woorara (curaro).*

Heyfelder — *Risipola; alcool canforato all'interno.*

Gaz. méd. de Strasbourg — *Balsamo di Gurgun.*

Dyer — *Reumatismo articolare acuto e sua cura.*
Mendel — *Terapia dell'intermittente larvata.*
Wilson Fox — *Cura della leucoemia splenica col fosforo.*
Brakenridge — *Il solfato di chinina per gargarismo.*
Mills — *Uso terapeutico dell'ossalato di cerio.*
Pepper — *Dell'anemia progressiva perniciosa.*
Madison — *Impiego dell'acido solforico nella cura dei furoncoli.*
Duncan — *Apomorfina; vomitivo pei bambini.*
Mackensie — *Cura degli ingorghi glandulari colle injezioni d' acido acetico.*
Keetley — *Cura dell'epistassi.*
Priestly Platt — *L'azione fisiologica del vanadio.*
Griffiths — *Della cura arsenicale.*
Sickness — *Nitrito d'amile contro il mal di mare.*
Espt, King, Coe, ecc. — *Il geranium maculatum.*
Maclagan — *Buoni effetti della salicina nel reumatismo acuto.*
Evers — *Calastrus paniculata.*
Blanchar — *Ipecacuana nell'emottisi dichiarata.*
Copeman — *Carciofo nella cura del reumatismo articolare.*
Shortt e Dymok — *Clitorea Fernatea.*
Braunsley — *Gentio.*
Brown — *Convulsioni e modo di arrestarle.*
Wators, Gaddesden e Patin — *Cura del vajuolo colla soppressione della luce solare.*
Knaggs — *Arnica nella cura dell'orchite.*
Brakenridge — *Scarlattina e solfofenato.*
Dupuy — *Crescione (nasturtium aquaticum), succo concentrato.*
Grzymala — *Xanthium spinosum nella cura dell'idrofobia.*
Prestat — *Mylabris interrupta, succedanea della cantaride.*
Lequesne e Grosset — *Idrotorace; cura coll'jaborandi.*
Chouppe — *Ipecacuana nella diarrea e nei sudori dei tisici.*
Pietrasanta — *Sale marino.*
Lisle — *Pane all'acqua di mare.*
Boussingault — *Del pane di glutine e degli alimenti feculenti nel regime dei glicosurici.*
Fano — *Uso della daturina come midriatico.*
Blanche — *Del narciso dei prati come vomitivo.*
Vigier — *Fosfuro di zinco.*
Vibert — *L'anemia grave curata colle injezioni sottocutanee di morfina.*
Clément — *Uso del gelsemium sempervirens come antinevralgico.*
Tarnier — *Del regime latteo nell'albuminuria delle donne gravide.*
Duquesnel — *Preparazione di cilindri al tannino, all' allume, all' ossido di zinco.*
Blachez — *Cura delle convulsioni dei bambini.*
Gubler — *La picrotoxina.*

Paris Médical — *Olio di ricino; formola per facilitarne la somministrazione.*

Cordier — *Del catarro dell'orecchio causato dal morbillo e della sua cura.*

Thiernesse e Casse — *L'ossigeno come antidoto del fosforo.*

Revue de Thérap. méd. chirurg. — *Emicrania inveterata. — Uso dei confetti arsenico-bromati.*

Tribune Médic. — *Emicrania; cura preventiva.*

Wannebroucq — *Enterite interstiziale.*

Deshayes — *Febbre tifoidea; cura coll'aconito.*

L'Explorateur — *Il Carnauba.*

Batley — *Calomelano; nuovo modo d'ammenistrarlo.*

Roger — *Della puntura del pericardio.*

Charcot — *Cura della vertigine di Ménière col solfato di chinina.*

Blanche — *Protossido d'azoto.*

Andrews — *Dei pericoli di confronto fra l'anestesia prodotta dall'etere, dal cloroformio e dal protossido d'azoto.*

Tesi di Parigi — *Ailan ghiandulosa (Verme del Giappone).*

Heckel — *Bankeul.*

Foltz — *Clisteri freddi, loro azione fisiologica e loro uso terapeutico.*

RIVISTA DI ODONTOJATRIA

del dottor M. L. FARAONI

(Dalla pag. 167 a pag. 188).

Foix — *Dei tumori solidi dei mascellari.*

Gadaud — *Osteoma del mascellare superiore, ablazione parziale dell'osso, guarigione.*

Haas — *Alcune osservazioni di necrosi fosforica dei mascellari.*

Magitot — *Risanamento delle fabbriche di fiammiferi, ove si manipola il fosforo.*

Dolbeau — *Della carie dentaria.*

ERRATA CORRIGE

alla Rivista sifilografica stampata nel fascicolo di Luglio 1876.

Pag. 25,	linea 43	invece di:	*afferenti*	leggi: *efferenti*
» 26,	» 2	»	*della*	» *dalla*
» 26,	» 22	»	*distinzione*	» *distruzione*
» 27,	» 20	»	*unito*	» *misto*
» 28,	» 32	»	*ammezzate*	» *smussate*
» 30,	» 41	»	*da*	» *con*
» 33,	» 21	»	*sui*	» *coi*